

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie – kombinovaná forma



Bc. Nováková Kristýna

Evaluace spokojenosti klientů s terénním programem No Biohazard

Evaluation of client satisfaction with harm reduction programme No Biohazard

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šťastná Ph.D.

Praha, 2020

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne: 23. 4. 2020

KRISTÝNA NOVÁKOVÁ

Podpis:.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Šťastné za poskytnuté rady a neskonalou trpělivost při psaní mé diplomové práce.

Mé poděkování patří též všem respondentům výzkumu za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

Identifikační záznam:

NOVÁKOVÁ, Kristýna. *Evaluačce spokojenosti klientů s terénním programem No Biohazard. [Evaluation of client satisfaction with harm reduction programme No Biohazard]*. Praha, 2020. 59 s., 8 příloh. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2019. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Lenka Šťastná.

Abstrakt:

Východiska: V této práci jsem se věnovala přiměřenosti služeb klientům a jejich potřebám v rámci programu No Biohazard (NO). Účel evaluace je důležitý především pro ředitele a vedoucí programů, protože právě po ředitelích a vedoucích se často požaduje, aby obhájili potřebnost svých programů. Má se za to, že spokojenost klientů je pojmem, jemuž dobře rozumí klienti, veřejnost, státní orgány a další instituce, které zajišťují přísun financí do těchto organizací (WHO, UNDCP & EMCDDA, 2000).

Cíle: Hlavním cílem bylo zjistit spokojenost klientů s nabízenými intervencemi, které program No Biohazard klientům nabízí, popř. možnosti, jak by se daly jednotlivé konkrétní aspekty intervencí vylepšit. Prostřednictvím výzkumných otázek se zjišťovaly zdroje nespokojenosti u nabízených intervencí. Mezi dílčí cíle patří zjištění míry spokojenosti klientů s místní a časovou dostupností programu No Biohazard, vytvoření návrhu na zvýšení úrovně služby No Biohazard a v poslední řadě navržení inventáře harm reduction materiálu, který by se mohl klientům terénního programu nabízet.

Výzkumný soubor: Výzkumným souborem jsou uživatelé návykových látek, kteří by měli odpovídat definici problémového uživatele drog podle EMCDDA. Respondenty jsem do výzkumu vybírala přes instituce – jednalo se o institucionální výběr s kombinací záměrného (účelového) výběru. Výběrový soubor tvoří 30 respondentů (11 žen a 19 mužů), kteří využívali terénní program No Biohazard v době konání výzkumu.

Metody: Výzkumná část práce byla realizována za pomoci vlastního dotazníkového šetření s klienty. Ke sběru dat je využita metodika rapid assesment and response (dále jen RAR) – metoda rychlého posuzování vyvinutá specificky pro rychlé kvalitativní studie, které jsou zaměřené k určitému problému (Miovska et al, 2005).

Výsledky: Respondenti oceňují všechny nabízené intervence, jejich rozsah považují za komplexní a odpovídající jejich potřebám. Kritiku vyslovili u nabízeného harm reduction materiálu, který je určen pro nitrožilní aplikaci. Personál byl respondenty vnímán velmi pozitivně a profesionálně. Z hlediska časové dostupnosti se program jeví jako vyhovující. S místní dostupností byli respondenti spokojeni a z výsledků vyplynul seznam doporučených míst, které by pracovníci mohli monitorovat. Díky výsledkům jsme získali informace o tom, že někteří respondenti využívají i jiné služby kromě terénního programu. Nejčastěji se jednalo o kombinované využívání terénních programů, kontaktních center a služeb mobilního sanitního auta.

Závěry: Evaluace spokojenosti přinesla informace o tom, jak respondenti vnímají nabízené služby, které jsou jim poskytovány. Vyjádřili svůj názor, ohledně spokojenosti s nabízeným materiálem, s přístupem personálu, s časovou a místní působností programu. Doporučuji brát

výsledky tohoto výzkumu v úvahu, pokud by iniciátoři programu přemýšleli o zavedení změn.

Klíčová slova: evaluace, evaluace spokojenosti, užívání návykových látek, harm reduction, interence, terénní program

Abstract:

Background: In this work, I deal with adequacy of services and needs of clients within the No Biohazard program. The purpose of the evaluation is important particularly for directors and program managers. It is the directors and managers who are often asked to justify the need for their programs. Client satisfaction is believed to be a concept that is well understood by clients, the public, public authorities and other institutions that provide funding to these organizations (WHO, UNDCP & EMCDDA, 2000).

Aims: The main goal was to find out the satisfaction of clients with the offered interventions offered by the No Biohazard program to clients, optionally how particular aspects of interventions could be improved. Research questions identify sources of dissatisfaction with the interventions offered. Partial goals also include finding out the level of client satisfaction with the local and time availability of No Biohazard, creating a proposal to increase the level of No Biohazard and finally designing an inventory of Harm Reduction material that could be offered to outreach program clients.

Research file: The research sample is drug users who should meet the EMCDDA definition of problem drug users. I chose respondents to the research through institutions – it was an institutional selection with a combination of deliberate (purposeful) selection. The sample consists of 30 respondents (11 women and 19 men) who used the outreach program No Biohazard at the time of the research.

Methods: The research part of the work was realized with the help of own questionnaire survey with clients. I used the rapid assessment and response (RAR) methodology for data collection – the rapid assessment method has been developed specifically for rapid qualitative studies that address a specific problem (Miovská et al, 2005).

Results: Respondents appreciate all offered interventions, consider their scope to be comprehensive and responding to their needs. They criticized the harm reduction material offered for intravenous application. The staff was perceived very positively and professionally. In terms of time availability, the program seems satisfactory. Respondents were also satisfied with the local availability and the results showed a list of recommended places that workers could monitor. Thanks to the results, we have learned that some respondents use other services besides the outreach program. Most often it was the combined use of outreach programs, dropin centers and mobile ambulance services.

Conclusion: The satisfaction evaluation provided information on the respondents' perception of the services offered to them. They expressed their opinion about their satisfaction with the material offered, the attitude of the staff, the time and local scope of the program.

I recommend taking the results of this research into account if the program is thinking about introducing changes.

Keywords:

evaluation, satisfaction evaluation, substance use, harm reduction, intervention, outreach program

Obsah

ÚVOD.....	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	13
1. Problémové užívání drog	13
1.1. Problémové užívání drog v ČR.....	14
2. Přístup Public Health.....	15
3. Přístup Harm reduction.....	16
2.1. Základní principy harm reduction	17
3.1. Služby poskytované v rámci harm reduction	17
4. Služby harm reduction v České republice	18
4.1. Typy harm reduction služeb.....	20
5. Situace v oblasti drog na území hl. m. Prahy	22
6. Program NO BIOHAZARD	23
6.1. Historie NO BIOHAZARDU	23
6.2. Filozofie NO BIOHAZARD.....	24
6.3. Základní principy NO BIOHAZARD	24
6.4. Cílová skupina	26
6.5. Cíle programu NO BIOHAZARD	26
6.6. Služby poskytované terénním programem NO BIOHAZARD	26
6.6.1. Výměnný program.....	27
6.6.2. Sběr pohozených stříkaček.....	27
6.6.3. Zdravotní poradenství a ošetření.....	27
6.6.4. Sociální práce v terénním programu.....	27
6.6.5. Krizová intervence.....	27
6.6.6. Doprovázení a předávání klienta	28
6.6.7. Monitorování infekčních chorob.....	28
6.6.8. Předávání informací klientům	28
6.6.9. Práce s minoritami	28
6.6.10. Monitorování drogové scény	28
6.6.11. Bike street	28
6.6.12. Speciální terén.....	28
6.6.13. Noční terén.....	28
6.6.14. Terénní telefon.....	29
6.7. Statistiky, hodnocení kvality a efektivity služeb programu NO BIOHAZARD	29
II. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	30
7. Cíle výzkumu	30

7.1.	Výzkumné otázky	30
8.	Použité metody	31
8.1.	Evaluace spokojenosti klientů	31
8.2.	Metody sběru dat.....	32
8.3.	Popis základního souboru	33
8.4.	Popis výběrového souboru	34
8.5.	Metoda zpracování a analýzy dat	36
8.6.	Etické aspekty výzkumu	37
III.	VÝSLEDKY	38
9.	Výsledky získané z dotazníku evaluace spokojenosti, který byl proveden v roce 2019.....	38
10.	Výsledky získané z jiných zdrojů.....	44
11.	Souhrnné srovnání výsledků z proběhlých výzkumů v letech 2017–2019.....	50
IV.	DISKUZE.....	54
V.	ZÁVĚR	58
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60
	POUŽITÁ LEGISLATIVA.....	64
	SEZNAM ZKRATEK	64
	PŘÍLOHY.....	65

ÚVOD

V mé diplomové práci se věnuji evaluaci spokojenosti klientů s terénním programem No Biohazard (dále jen NO), který funguje po záštitou organizace Progressive o.p.s. . Organizace poskytuje své služby na území hlavního města Prahy od 2004 (Operační manuál, 2015). Nejvyšší relativní počet problémových uživatelů drog (dále jen PUD) je odhadován v hlavním městě Praze (Mravčík et al., 2018) a tudíž je správné provádět výzkumy na této populaci. Území MČ Praha 1 bylo i v roce 2017 místem s největší otevřenou drogovou scénou v České republice. V této MČ docházelo k největšímu počtu kontaktů s cílovou skupinou uživatelů drog (dále jen UD) a zároveň byl evidován i největší výdej harm reduction a zdravotnického materiálu, a to v porovnání s ostatními MČ, do kterých terénní pracovníci programu NO v roce 2017 docházeli.

V mé diplomové práci se soustředím na typy intervencí používaných terénním programem NO. Cílem veškeré terénní práce je vejít do kontaktu s co největším počtem členů cílové skupiny a oslovit i ty jedince, kteří nenavázali spojení s žádnými existujícími službami (Rhodes, 1999). Mezi základní cíle programu NO patří motivace uživatelů drog ke změně chování a životního stylu, směrem k méně rizikovému chování. Usiluje se tím o minimalizaci zdravotních a sociálních poškození, která jsou spojená s užíváním návykových látek (Operační manuál, 2015). Pracovníci terénních programů nečekají na to, až jednotlivec začne sám hledat pomoc, protože má problém s užíváním návykových látek. Naopak terénní pracovníci sami aktivně vyhledávají jednotlivce, aby jim přímo v komunitě mohli poskytnout potřebné informace a služby. Terénní pracovníci se snaží u uživatele návykových látek intervenovat již v počáteční fázi drogové dráhy, ještě předtím, než přejdou k nebezpečnějšímu způsobu užívání drog (Rhodes, 1999).

Podle Rhodese (1999) platí, že čím více různých typů terénní práce je uplatněno v dané oblasti, tím je větší šance, že se podaří kontaktovat cílovou populaci a poskytnout jí služby. Důležitým prvkem je tedy rozhodnutí, které konkrétní strategie terénní práce by mohly přinést nejlepší výsledek. Poté je na zvážení volba kombinace různých strategií, jež se budou navzájem doplňovat (Rhodes, 1999). V diplomové práci se zabývám typem terénní práce – *nezávislá práce v terénu*, která je prováděna nezávisle na institucích, např. na ulicích, ve squatech, na nádražích a na veřejných místech, kde dochází k aplikaci drog. Nezávislá terénní práce má za cíl dosáhnout přímo, anebo nepřímo změny chování u jednotlivce (Rhodes, 1999). Přímá změna je podporována přímo v komunitě prostřednictvím osvěty, vzdělávání a prevence, kdežto nepřímá změna, nastává tehdy, když jednotlivci začnou využívat služby poskytované v rámci institucí (Rhodes, 1999).

Základní intervencí, která se v politice ochrany veřejného zdraví zaměřuje na injekční uživatele drog v zemích Evropské unie, je podpora snižování míry sdílení injekčních jehel a stříkaček. Z výzkumů vyplývá, že distribuce a výměna injekčního náčiní a zvýšení jejich dostupnosti souvisí jak se snížením sdílení injekčního náčiní, tak i se snížením rizika přenosu HIV (EMCDDA, 2011). Všechny intervence v oblasti užívání návykových látek

(legálních i nelegálních) usilují o předcházení poškození, které je úzce spjato s užíváním návykových látek, na úrovni jednotlivce i společnosti (Rhodes & Hedrich, 2010).

V České republice již byly podobné evaluace jako má diplomová práce realizovány. Jednou z nich byla „Evaluace programu NON STOP 24 – výdejní automaty na harm reduction materiál“ (Janouškovec, 2008). Jednalo se o program distribuce harm reduction materiálu prostřednictvím výdejních automatů. V České republice funguje rovněž pracovní skupina „Evaluace a kvalita drogových služeb“. Cílem této skupiny bylo rozpracovat a upřesnit nástroje a procedury pro hodnocení kvality a efektivity drogových služeb. Výstupem z její činnosti byly podklady pro publikaci Seznam a definice výkonů drogových služeb (Úřad vlády České republiky, 2006). Evaluace spokojenosti klientů se službou „Poradna pro alkoholové a jiné závislosti“ se prováděla také v Olomouci (Swiderová, 2015). Hlavním přínosem této práce je získaná zpětná vazba od klientů na poskytované služby. Řešitelé programu NO si na základě výsledků výzkumu mohou udělat lepší představu o tom, co dělají dobře, v čem budou nadále pokračovat a co by bylo dobré změnit či vylepšit. V zahraniční literatuře můžeme nalézt mnoho studií, které se věnují problematice drog. Výzkumů na téma evaluace spokojenosti je však málo. Nejčastější publikované studie se zabývají tématem spokojenosti klientů v léčbě drogových závislostí (McLellan & Hunkeler, 1998). Další studie srovnávají různé druhy léčby (Speed & Janikiewicz, 2000) a existuje i studie zaměřující se na spokojenost s dostupností léčby (Chitwood, Comerford, & McCoy, 2002). Další publikovaná studie se zabývá zkoumáním životní spokojenosti klientů určitého typu léčby (Luty & Arokiadass, 2008).

„To, že jsme v rámci rešerše zahraniční odborné literatury nenašli odpovídající výzkumné studie, nemusí nutně znamenat, že takové studie nebyly a nejsou prováděny. Většinou jsou tyto studie prováděny na místní úrovni, zaměřeny na daný, konkrétní problém a nejsou příliš „vědecky“ atraktivní pro publikování.“ (Šťastná, 2010, str. 69)

Má diplomová práce potvrzuje stejné závěry. Během rešerše se mi nepodařilo nalézt obdobnou evaluaci spokojenosti v odborné zahraniční literatuře.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Problémové užívání drog

Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) definuje problémové užívání drog jako „Injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu“ (EMCDDA & Institute for Therapy Research, 1998).

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 (Úřad vlády ČR, 2011) definuje užívání návykových látek následovně:

„Užívání návykových látek a nezákonné zacházení s nimi je nejenom v naší zemi, ale v celém světě vnímáno jako vážný problém, který stále představuje ohrožení zdraví, bezpečnosti, sociální pohody a prosperity obyvatel, zejména mládeže. Užívání drog škodí nejenom samotným uživatelům drog, ale také jejich rodinám a vede i ke ztrátám lidských životů. Česká republika si tato nebezpečí uvědomuje a pokládá za svou povinnost aktivně provádět a podporovat na svém území i v mezinárodní spolupráci důslednou protidrogovou politiku s cílem zajistit lidské společnosti zdraví, důstojnost a bezpečí“ (Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018, str. 9).

Prevalence problémového užívání drog je dle EMCDDA jedním z pěti klíčových epidemiologických indikátorů. Jednotlivými indikátory jsou: užívání drog v obecné populaci, problémové užívání drog, žádosti o léčbu spojenou s užíváním drog, infekční onemocnění a úmrtí spojená s užíváním drog, mortalita uživatelů drog, jejichž prostřednictvím je monitorován fenomén užívání návykových látek v Evropské unii (EMCDDA, 2006). Problémové užívání drog nelze měřit pomocí populačních průzkumů, protože prevalence tohoto jevu je velice malá. Je zde nízká pravděpodobnost zastižení uživatelů drog na adrese trvalého bydliště nebo na telefonu a zároveň je zde vysoká senzitivita otázek na problémové užívání drog. S problémovým užíváním drog souvisí především infekční onemocnění. Nejčastěji mluvíme o virové hepatitidě (záněty jater) typu B a C a o viru syndromu získaného selhání imunity (HIV/AIDS) (Mravčík & Zábranský in Kalina, 2015). Evropská zpráva o drogách (2018) poukazuje na fakt, že drogová problematika v Evropě v současnosti prochází dynamickou fází, plošná dostupnost drog je vysoká a v některých oblastech dokonce stoupá. To představuje soubor významných nových výzev pro stávající národní a evropské intervence, pokud jde o užívání drog a problémy s drogami související. Např. u syntetických stimulačních drog (MDMA) je Evropa hlavním výrobcem a vyváží výrobky a know-how do jiných částí světa. U nelegálních drog rostlinného původu (kokain a heroin) zůstávají i nadále centrem produkce kokainu země Latinské Ameriky a u heroinu asijské země. Celosvětová data však naznačují, že produkce obou látek stoupá. Je tedy třeba věnovat pozornost tomu, jaký to má dopad na Evropu (Evropská zpráva o drogách, 2018).

1.1. Problémové užívání drog v ČR

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog za rok 2017 (Mravčík et al., 2018) uvádí, že v České republice bylo odhadnuto 47,8 tis. problémových uživatelů drog. Z toho se jedná o 34,7 tis. uživatelů pervitinu, 6,9 tis. uživatelů buprenorfinu, 3,9 tis. uživatelů heroinu a 2,3 tis. uživatelů jiných opioidů. Celkem bylo tedy odhadnuto 13,1 tis. uživatelů opioidů. Hlavním způsobem aplikace drog zůstává i v roce 2017 výhradně injekční aplikace. Za rok 2017 bylo vyčísleno asi 43,7 tis. injekčních uživatelů drog. Nejvyšší odhadovaný počet problémových uživatelů drog je již tradičně v Praze a také v kraji Ústeckém. Tyto dvě oblasti jsou zároveň oblastmi s vysokým výskytem problémových uživatelů opioidů.

Nejčastější drogou mezi PUD představuje pervitin. Opioidy užívané v České republice mezi PUD jsou zejména buprenorfin z černého trhu a v menší míře následuje heroin. Současně v České republice roste míra užívání dalších opioidů, resp. opioidních analgetik. Jedná se o fentanyl, morfin, hydromorfon a oxykodon. Co se týče zneužívání fentanylu, resp. injekční aplikace substance vzniklé vyvařením fentanylových náplastí ze zdravotnického odpadu nebo získaných přímo od onkologických pacientů či jejich příbuzných, objevuje se nejčastěji v Praze, Plzeňském, Libereckém, Ústeckém, Středočeském a Karlovarském kraji a ojediněle i v kraji Jihočeském. Výše zmíněné opioidní analgetika mohou lokálně představovat nejčastěji užívaný opioid mezi PUD. V České republice se také současně vyskytuje užívání benzodiazepinů, a to jak v tabletách, tak i v injekční formě. Stejně jako v předešlých letech se v letních měsících objevuje užívání surového opia na makových polích. Jedná se o regiony Praha, Středočeský, Královéhradecký, Jihomoravský, Olomoucký a Zlínský kraj. S užíváním surového opia vznikají také zdravotní komplikace, a to jako následek nedostatečné hygieny. Obdobně se užívají také sezónně psychoaktivní houby. Užívání psychoaktivních látek včetně syntetických katinonů se vyskytuje již zcela výjimečně a jejich užívání klesá. Ve výroční zprávě se uvádí, že u uživatelů drog se projevuje stárnutí, které je často doprovázené zhoršeným zdravotním stavem a špatnou dostupností zdravotní péče (Mravčík et al., 2018).

Tabulka 1: Odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu a opioidů v ČR v r. 2017 podle krajů – střední hodnoty (Mravčík et al., 2018)

Kraj	Celkem PUPO			Uživatelé opioidů			Uživatelé pervitinu	IUD
	Počet	Na 1 000 osob 15–64 let	Heroin	Buprenorfin	Jiné opioidy	Celkem		
Praha	16 600	19,56	3 000	5 400	1 100	9 500	7 100	16 600
Středočeský	2 300	2,68	100	500	< 50	600	1 800	1 900
Jihočeský	2 500	5,90	< 50	300	200	500	2 000	2 300
Plzeňský	2 300	6,14	< 50	< 50	500	500	1 800	2 000
Karlovarský	1 300	6,42	< 50	< 50	< 50	< 50	1 200	1 200
Ústecký	6 700	12,48	400	400	< 50	900	5 800	6 100
Liberecký	2 300	8,08	< 50	< 50	< 50	< 50	2 300	2 100
Královéhradecký	1 000	2,73	< 50	100	100	200	800	800
Pardubický	500	1,37	< 50	< 50	< 50	< 50	400	400
Vysočina	900	2,65	< 50	< 50	< 50	< 50	800	700
Jihomoravský	3 100	4,09	300	< 50	100	400	2 800	2 600
Olomoucký	2 400	5,73	< 50	< 50	100	100	2 300	1 700
Zlínský	1 900	5,04	< 50	< 50	100	100	1 800	1 600
Moravskoslezský	4 100	5,15	100	< 50	100	200	3 900	3 600
Celkem ČR	47 800	6,91	3 900	6 900	2 300	13 100	34 700	43 700

2. Přístup Public Health

Než-li se zaměřím na filozofii harm reduction (dále jen HR), chtěla bych představit historicky starší a obsahově nadřazený princip. Tímto pojmem je Public Health neboli:

„Veřejné zdraví - je procesem mobilizace a angažování místních, regionálních, národních a nadnárodních zdrojů k zajištění takových podmínek, ve kterých mohou být lidé zdraví.“ (Detels et al., 2005, s.3).

Detels (2005) dále také uvádí, že problémy veřejného zdraví jsou v různých místech světa odlišné, ale principy veřejného zdraví jsou stejné. Zdůrazňován je především přístup založený na poznání (evidence based) a přístup se zaměřením na zdravotní problémy komunity. Základním cílem veřejného zdraví je prevence onemocnění a podpora zdraví komunity neboli veřejnosti (Detels et al., 2005). Dalším cílem je také prodloužení délky života a zvýšení jeho kvality. Otec myšlenky veřejného zdraví Charels-Edward Amory Winslow měl zásadní vliv na formování tohoto principu. Později to byla i světová zdravotnická organizace (dále jen WHO), založená v roce 1948. Barták (2010) ve své publikaci uvádí, že veřejné zdraví je multidisciplinárním oborem, který využívá metod společenských i přírodních věd. V našich podmínkách se stále v mnohých případech setkáváme se zaměřením veřejného zdraví dominantně na kontrolu nemocí. Pojem public health se v oblasti drogové problematiky začal používat v souvislosti se šířením viru HIV. Cílem veřejného zdraví bylo snížit riziko rozšiřování HIV vyplývající z injekčního užívání drog a rizikového sexu. Nakažená komunita by neměla ohrozit nákladem zdravou komunitu. Kvůli tomu musely služby pro uživatele drog přizpůsobit svou nabídku, např. o rozšíření distribuce prezervativů, o vzdělávání v oblasti bezpečného sexu a bezpečného užívání drog (Hrdina In Kalina a kol., 2003). V praxi se využívá princip public health obzvláště ve spojení s modelem harm reduction.

Základní intervencí, která se v politice ochrany veřejného zdraví orientuje na injekční uživatele drog v zemích Evropské unie, je podpora snižování míry sdílení injekčních jehel a stříkaček. Z výzkumů vyplývá, že distribuce a výměna injekčního náčiní a zvýšení jejich dostupnosti souvisí jak se snížením sdílení injekčního náčiní, tak i se snížením rizika přenosu HIV (EMCDDA, 2011). Všechny intervence v oblasti užívání návykových látek (legálních i nelegálních) usilují o předcházení poškození, které je spojeno s užíváním návykových látek, a to na úrovni jednotlivce i společnosti (Rhodes & Hedrich, 2010). Rhodes a Hedrich (2010) ve své monografii mluví o snižování škod pomocí „kombinované intervence“. Ta se skládá z balíčku intervencí sestaveného na míru místnímu nastavení a potřebám uživatelů, přičemž intervence kladou primární důraz na snížení škodlivého užívání. Tato kombinovaná intervence může vycházet z programu výměny jehel a stříkaček, substituce opiátů, poradenských služeb, vzdělávání peer pracovníků a podpory veřejné politiky, která vede k ochraně zdraví ohrožené populace (WHO, 2009). Na doporučení Rady ze dne 18. června 2003 o prevenci a omezování zdravotních problémů a škod souvisejících s drogovou závislostí (KOM 2003/488 / ES) by měli členské státy:

- poskytovat informace a poradenství uživatelům drog k podpoře snižování rizik a usnadnit přístup k odpovídajícím službám,
- informovat komunity a rodiny a umožnit zapojit se do prevence a snížení zdravotních rizik spojených s drogovou závislostí,
- zahrnovat metodiky terénní práce v rámci vnitrostátních politik v oblasti zdraví, přičemž terénní práce je definována jako aktivita zaměřená na komunitu a kontaktování jednotlivce nebo skupiny z konkrétních cílových skupin,
- podporovat zapojení vrstevníků a podporovat jejich odbornou přípravu na podání první pomoci,
- podporovat vytváření sítí a spolupráci mezi agenturami zabývajícími se terénní prací, umožnit kontinuitu služeb a lepší dostupnost pro uživatele,
- poskytovat v souladu s individuálními potřebami uživatelů drog léčbu drogově závislých,
- stanovit opatření k předcházení zneužívání substitučních látek,
- zvážit zpřístupnění služeb i drogově závislým, kteří jsou ve věznicích,
- podpořit pokrytí očkování proti hepatitidě B a profylaktické opatření proti HIV, hepatitidě B a C, tuberkulóze a pohlavně přenosným nemocem, jakož i screening pro všechna výše uvedená onemocnění mezi uživateli injekčních drog,
- zajistit, aby byly pracovníci služby tísňového volání vyškoleni a vybaveni pro řešení předávkování u uživatelů drog (Council of the European Union, 2003).

3. Přístup Harm reduction

Pod pojmem „harm reduction“ můžeme označit koncepce, programy a činnosti, které primárně směřují k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů při užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek. HR je prospěšné nejen pro samotné uživatele drog, ale také pro jejich rodiny i celou společnost (IHRA, 2010).

Pojem HR vznikl v 80. letech minulého století, a to v reakci na vysoký nárůst HIV/AIDS. Tento model se začal jako první uplatňovat v Nizozemí, kde byly první výměnné programy, a ve Velké Británii, kde se prováděla substituce a preskripce návykových látek lékaři (Hrdina in Kalina, 2003). HR princip tvoří jeden ze základních pilířů protidrogové politiky. Mezi pilíře nadále patří primární prevence, léčba a represe (Janíková in Kalina, 2015). HR je charakteristický svým pragmatickým přístupem k drogové závislosti. Jedná se o to, že takové pojetí neusiluje o úplnou eliminaci drog a jejich užívání, ale o to, aby negativní důsledky takového chování byly co nejmenší. HR princip se dále orientuje na stabilizaci životního stylu u klientů, přičemž se přihlíží ke klientovým potřebám. Tento přístup dává klientům možnost podílet se na rozhodnutí, jak a kde se budou léčit (Hrdina in Kalina, 2003). Mezi důležité aspekty HR přístupu patří požadavek, aby lidé, mající problém s drogami měli dostupnou a kvalitní péči (IHRA, 2010). Nedílnou součástí poskytování HR intervencí je podávání informací a vedení poradenského rozhovoru s uživatelem. Cílem by mělo být podpoření využití intervencí a zvažování změny životního stylu. Pracovník v drogové službě tedy neupozorňuje klienta pouze na rizika, která jsou spojena s přenosem

infekčních onemocnění. Pracovník informuje klienta rovněž o rizicích nesplácení dluhu, o možnostech získání stabilního bydlení či sociálních dávek (Janíková in Kalina, 2015).

2.1. Základní principy harm reduction

Důležitým principem, který se uplatňuje u HR, je nízkoprahový přístup (Marlatt, 1993). Jedná se o to, aby služba, která je zaměřena na snížení rizik, byla snadno dostupná, přístupná komukoliv bez dalších požadavků a měla za cíl oslovit se svou nabídkou co největší okruh lidí. Mezi ně patří nejen samotní UD, ale také jejich rodinní příslušníci (Hrdina in Kalina a kol., 2003).

Principy HR mj. sestavilo kanadské centrum, které se věnuje problematice návykových látek. Principy jsou následující:

Pragmatičnost – HR přístup akceptuje, že lidé berou látky, které jim mění stav vědomí. Užívání drog přináší své pozitivní i negativní důsledky a je třeba je brát na zřetel, abychom mohli porozumět uživatelům návykových látek.

Humanistické hodnoty – rozhodnutí užívání drog je akceptováno, neznamená to však, že užívání je schvalováno. Uživatel není odsuzován moralistickými soudy, jsou respektována jeho práva a důstojnost.

Zaměření na poškození – prioritou harm reduction je primárně snížit negativní dopady užívání, a to přímo u uživatele a jeho okolí.

Zvažování nákladů a přínosů – posouzení problémů a poškození, která jsou spojena s užíváním návykových látek (dále jen NL). Hodnotí se náklady a přínosy intervencí.

Zaměření se na bezprostřední cíle – jednotlivé programy mají vytvořeny škály cílů, které se vztahují k jednotlivcům, k cílové skupině a ke komunitě. Cíle jsou nastaveny tak, aby reagovaly na aktuální potřeby (Hunt et al., 2003).

3.1. Služby poskytované v rámci harm reduction

Základní služby HR, které jsou nabízené uživatelům nelegálních drog zpravidla v terénních programech a kontaktních centrech, jsou podle Janíkové (2008) následující:

Kontaktní práce – jedná se o navázání či prohlubování kontaktu s uživateli drog a získání klientovy důvěry. Kontaktní práce zahrnuje edukaci o snižování negativních zdravotních a sociálních dopadů, které úzce souvisejí s užíváním drog (nabídka kontaktů a asistenční služby; informace o rizicích, která jsou spojena s užíváním drog, bezpečnější aplikace, prevence předávkování, podávání informací o léčbě a léčebné péči, o infekčních onemocněních a bezpečném sexu).

Poradenství – strukturované informace, které se týkají nástupu do léčebného zařízení, nebo situační poradenství.

Výměnný program – výměna injekčního náčiní a parafernálií (Janíková, 2008). Mnoho studií a výzkumů potvrzuje, že výměnné programy mohou snížit HIV séroprevalenci (Hrdina in Kalina a kol., 2003).

Základní zdravotní péče – základní ošetření drobných poranění, lehčích forem abscesů, běžných virových onemocnění.

Testování – na HIV, HVB a HVC.

První pomoc a neodkladná péče.

Doplňkové služby (hygienický, potravinový a vitamínový servis) (Janíková, 2008).

Specializované terénní programy mohou poskytovat více než jehly a injekční stříkačky samotné. Mohou poskytovat uživatelům vyšší intenzitu rad pro snížení poškození, které plyne z užívání návykových látek, ale také vzdělávání v oblasti snižování poškození. Další intervencí je rovněž odkaz na doporučení na léčbu drogově závislých či HIV pozitivních. Kromě toho nabízejí širší škálu injekční výbavy, včetně lžiček, „vařítek“, vody, filtrů, alkoholových tampónů, kondomů, kyselin na rozpouštění drog a hliníkové fólie na inhalaci (Rhodes & Hedrich, 2010). Těmínová (Těmínová In Kalina, 2008) rozšiřuje tyto služby ještě o motivační trénink, poradenství pro rodinné příslušníky, krizovou intervenci a sociální práci. Klientům jsou k dispozici tištěné materiály, které tyto informace obsahují. Podle Kaliny (2003) by tyto materiály měly obsahovat rady, návody a vysvětlení, jak si drogu aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a další technické informace. Tištěné materiály, které tyto informace obsahují, jsou zcela specifické. Jejich distribuce by měla být omezena pouze na okruh klientů, kterým jsou určeny.

Ve většině zemí existuje výměnný program v lékárnách a mobilní jednotky, jež jsou k dispozici pro potřeby lidí, kteří chtějí užít drogu (Rhodes & Hedrich, 2010). Poměr jednotlivých služeb poskytovaných v terénní práci závisí na cílech a záměrech daného programu (Rhodes, 1999).

4. Služby harm reduction v České republice

V České republice je síť specializované adiktologické péče, kterou tvoří v zásadě tři sítě. Do první sítě řadíme nízkoprahové služby, služby harm reduction a programy ambulantní léčby a poradenství. Základ sítě harm reduction služeb tvoří nízkoprahová kontaktní centra a terénní programy. V roce 2017 bylo na území České republiky celkem 108 nízkoprahových programů. Jedná se o 54 kontaktních center a 54 terénních programů (Mravčík et al., 2018). Další sítě jsou zdravotnická zařízení oboru psychiatrie, které poskytují ambulantní a rezidenční služby uživatelům alkoholu, nealkoholových drog a patologickým hráčům. Poslední síť tvoří centra pro léčbu závislosti na tabáku (Mravčík et al., 2018).

Kontaktní centra a terénní programy se řadí mezi nízkoprahové služby, které mají na evropské i národní úrovni v ČR oporu v dokumentech Evropské a Národní strategie protidrogové politiky (2013–2020). V těchto dokumentech je harm reduction součástí

jednoho ze čtyř základních pilířů protidrogové politiky. Mezi další pilíře patří primární prevence, léčba a represe. Protidrogovou politiku dále specifikuje akční plán, který se zpracovává na určité časové období. Kontaktní centra a terénní programy spadají mezi služby systému péče o uživatele drog a byly mj. zakotveny v zákoně č. 379/2005 Sb. (tzv. protikuřácký zákon). Byl to první zákon v ČR, který takové služby jmenoval (Janíková in Kalina, 2015). Od 31. 5. 2017 vešel v platnost zákon č. 65/2017 Sb. Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, který nahradil stávající tzv. protikuřácký zákon. Zákon č. 65/2017 Sb. nově a relativně obecně definuje odbornou péči o osoby s adiktologickou poruchou. Tento zákon již neobsahuje výčet konkrétních typů služeb (Mravčík et al., 2019). Nízkoprahové služby dále definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Janíková in Kalina, 2015).

V České republice jsou kromě základních nízkoprahových služeb realizovány i specifické podprogramy. Zde hovoříme o výdejních/prodejních automatech na injekční a zdravotní materiál pro uživatele drog. Automaty poskytují jak injekční materiál, tak i jiný materiál, např. prezervativy, a to mimo otevírací dobu kontaktního centra (Janíková in Kalina, 2015). V současné době jsou v České republice provozovány 3 prodejní automaty na injekční materiál. Ve dvou z nich (v Kolíně a ve Strakonici) bylo v roce 2017 distribuováno 8,2 tis. injekčních setů. Třetí automat je umístěn v Plzni a byl v provozu do roku 2015, jeho znovuzapojení proběhlo v roce 2018. Automat v minulosti využívali zejména cizinci, etnické menšiny a skrytá populace uživatelů drog (Mravčík et al., 2018).

Dalším podprogramem v České republice jsou sběrné kontejnery FIXPOINT na injekční materiál, které jsou umístěny ve veřejném prostoru na území hl. m. Prahy. Kontejnery jsou pravidelně kontrolovány peer pracovníky, a to v rámci stabilizačního pracovního programu (Janíková in Kalina, 2015). Aktuálně je na území hl. m. Prahy rozmístěno 20 kontejnerů. Počet nalezených injekčních stříkaček v kontejnerech byl v roce 2017 celkem 4310 kusů (Výroční zpráva Progressive, 2018).

Specifické programy na tanečních a hudebních akcích nejsou v České republice příliš rozšířené. To souvisí s omezenou finanční podporou těchto programů a aktivit. Z průzkumu mezi adiktologickými programy, který se realizoval v roce 2018 vyplynulo, že v prostředí zábavy působilo v České republice 18 programů, z čehož byly 4 programy specializované (Mravčík et al., 2018). Tyto programy se zaměřují na poradenské a informační intervence, distribuci harm reduction materiálu nebo na dechové zkoušky na alkohol (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2018d). Mezi programy, které působí v prostředí noční zábavy, spadá program Společnosti Podané ruce Hard & Smart, Be safe od plzeňské organizace POINT 14, INFO a K-LEE-DECK organizace SANANIM či PsyCare České psychedelické společnosti. Dalším programem je PARTYHARMreduction pražské organizace Progressive, o. p. s., který se zabývá snižováním rizik spojených s konzumací návykových látek v prostředí hudebních koncertů a festivalů (Mravčík et al., 2018).

4.1. Typy harm reduction služeb

Terénní programy

Terénní práce neboli streetwork spadá mezi specifické formy sociální služby, která je poskytována přímo na ulici (Hrdina & Korčisová in Kalina, 2003). Dle Elicha (1993) označujeme terénní práci za sociální práci, která nečeká, až se na ni někdo obrátí, ale sama se nabízí v místech, kde vznikají sociální problémy. Rhodes (1997) ve své publikaci uvádí hlavní důvody pro streetwork:

- cílovou skupinu populace se nedaří účinně oslovit existujícími způsoby intervence,
- existující metody intervence neposkytují takové služby, které by cílová skupina populace potřebovala.

Standardy odborné způsobilosti (Libra, 2015) definují terénní program jako:

„Služba aktivního vyhledání, prvního kontaktu, kontaktní práce, poradenství, zdravotní péče a sociální práce v přirozeném a vlastním sociálním prostředí uživatelů drog. Služba je vedena především přístupem snižování rizik (včetně možnosti programu výměny injekčního náčiní) s cílem ovlivnit motivaci klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání dalších vhodných služeb. Cílovou skupinou služby jsou osoby užívající návykové látky problémově, rekreační uživatelé drog, osoby experimentující či škodlivě užívající návykové látky včetně alkoholu, osoby ohrožené patologickým hráčstvím.“ (Libra, 2015, str. 25).

Terénní programy stojí na pomyslném začátku v celém systému péče o uživatele drog. Pro uživatele je to často vůbec první služba, se kterou se setkávají. Za cílovou populaci terénních programů považujeme populaci skrytou s minimální motivací řešit své zdravotní, sociální, právní či psychologické problémy. Na drogové scéně můžeme mezi skrytou populaci řadit experimentátory (většinou mladé lidi v počátečních stádiích drogových experimentů); „děti ulice“, které nacházejí přechodný azyl na drogových bytech; pravidelné uživatele drog a problémové uživatele drog v již rozvinutém stupni závislosti (Hrdina & Korčisová in Kalina, 2003). Cílem terénních programů je na kontaktovat skrytou populaci, působit na ni směrem k „bezpečnějšímu“ chování čili k takovému chování, které vede k minimalizaci zdravotních a sociálních rizik. Všeobecným cílem je minimalizace negativních důsledků, které vznikly vlivem UNL, a to nejen pro uživatele samotné, ale také pro celou společnost. Mezi dílčí cíle dle (Hrdina & Korčisová in Kalina, 2003) patří udržení nízkého výskytu HIV/AIDS pozitivitu, snížení výskytu hepatitidy B a C, snížení počtu úmrtí v důsledku předávkování, předcházení kriminalitě a v neposlední řadě motivování uživatelů drog ke změně životního stylu směrem k abstinenci.

Mezi základní složky terénní práce patří:

- a) Výměna injekčního materiálu – kromě výměny injekčních stříkaček pracovníci poskytují i další materiál, jako jsou prezervativy, aluminiové fólie, alkoholové tampóny, náplasti, filtry, kyselina askorbová a sterilní voda pro injekční aplikace. Součástí je motivace klientů k bezpečné likvidaci použitého injekčního materiálu.
- b) Poskytování informací – pracovníci nabízejí UNL informace o účincích drog, o jejich působení na organismus, o důsledcích a rizicích aplikace. Dále podávají informace

o bezpečnějších způsobech užívání drog, hygienických návycích, bezpečném pohlavním styku a informace o přenosných onemocněních. Veškeré informace lze poskytnout verbálně či prostřednictvím informativních letáků.

- c) Sociální a zdravotní poradenství – tato složka je důležitá zvláště při intervencích, které jsou zaměřeny na stabilizaci životního stylu klientů. Pracovníci se velmi často setkávají s tím, že klienti nemají občanský průkaz, nehradí si zdravotní pojištění, hledají ubytování či zaměstnání nebo potřebují odkaz na probační službu, pomoc v trestně právní oblasti aj. Převážná část klientů, kteří se pohybují na ulici, má různé zdravotní komplikace. Často se jedná o poškození žilního systému, tvorba abscesů, výskyt hepatitid. Některé zdravotní komplikace je pracovník terénních programů schopen sám vyřešit na místě, na ulici. Ty klienty, které terénní pracovník není schopen ošetřit, odkazuje do příslušných zařízení nebo klientům poradí, kde ošetření vyhledat.
- d) Poradenství a krizová intervence – tato složka práce se zaměřuje na zvládání aktuálních problémů, na klientovu motivaci k navázání kontaktu se zdravotními či sociálními službami. Součástí je také poradenství a doporučování klienta do léčebných zařízení. Předpoklad pro tuto práci je, aby streetworker znal síť zařízení a institucí, které mohou klienti potřebovat (Hrdina & Korčisová in Kalina, 2003).

Kontaktní centrum

Standardy odborné způsobilosti (Libra, 2015) definují kontaktní centrum jako:

„Nízkoprahová služba zaměřená na navázání kontaktu s cílovou skupinou, na kontaktní práci, poradenství v oblasti prevence a léčby závislosti, práci s motivací pacientů/klientů, na sociální práci, na vybrané výkony zdravotní péče. Je vedena zejména přístupem snižování rizik spojených s problémovým užíváním drog (včetně možnosti programu výměny injekčního náčiní), usilujícím o ovlivnění motivace pacientů/klientů ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání další odborné pomoci. Služba poskytuje vedle poradenství i zhodnocení stavu pacienta/klienta a zprostředkování léčby. Rovněž poskytuje podmínky pro vykonání osobní hygieny. Cílovou skupinou služby jsou osoby užívající návykové látky, problémoví, rekreační uživatelé drog, osoby experimentující či škodlivě užívající návykové látky včetně alkoholu, osoby ohrožené patologickým hráčstvím.“ (Libra, 2015, str. 31).

V kontaktním centru se klientům nabízí možnost posezení v kontaktní místnosti, pohovoření s kontaktním pracovníkem a klient může docházet na programy, které centrum realizuje. Kromě samotných klientů kontaktní centrum vyhledávají také příbuzní UD, zřídka kdy jejich spolužáci či známí kamarádi (Broža in Kalina, 2003).

Zde uvádím spektrum služeb, které je v kontaktních centrech poskytováno:

- a) Kontaktní práce – navázání kontaktu s klientem a vytvoření vzájemné důvěry je jednou ze základních aktivit K-center a je realizováno v kontaktní místnosti.
- b) Výměnný program – výměna injekčního materiálu, distribuce desinfekčních pomůcek a zdravotnického materiálu.
- c) Základní zdravotní péče – v kontaktních centrech je poskytováno základní zdravotní ošetření, poskytuje se testování na HIV a hepatitidy.

- d) Základní poradenství – je zaměřeno na prohloubení navázaného kontaktu, s důrazem na změnu rizikových vzorců chování u klientů. Poradenství se může zabývat zdravotním stavem klienta; zdravotními a sociálními riziky, která jsou spojená s užíváním drog, dále zahrnuje poradenství a informace o možnostech léčby a sociální rehabilitace, informace o léčebných zařízeních a zprostředkování léčby.
- e) Krátkodobá intervence – jedná se o krizovou intervenci, jednorázovou či krátkodobou práci s rodiči, partnerem či s rodinou klienta.
- f) Strukturované poradenství a motivační trénink – pomáhá klientům získat, udržet a posílit jejich motivaci směrem k abstinenci.
- g) Sociální práce – se zabývá pomocí při hledání zaměstnání, ubytování či vyřizování dokladů totožnosti. Spadá sem sociální asistence při kontaktu s rodinou, s úřady, soudy, policií aj.
- h) Doplnkové služby – v kontaktních centrech se poskytuje hygienický servis (sprcha, praní prádla) a potravinový servis (polévka, pečivo, čaj) (Libra in Kalina, 2003).

5. Situace v oblasti drog na území hl. m. Prahy

Síť služeb v hl. m. Praze poskytuje všechny typy běžných adiktologických služeb (Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v hlavním městě Praze za rok 2017, 2018). Pokud jde o dostupnost adiktologických služeb, byla na území hl.m.Prahy podle výroční zprávy krajů v roce 2017 (Mravčík et. al., 2018) k dispozici tři kontaktní centra (Sananim, Drop-in a Progressive o. p. s.) a fungovaly zde 4 terénní programy. K dispozici bylo 13 ambulantních center pro léčbu závislostí, 6 programů substituční léčby, jeden stacionární program, tři oddělení detoxifikace a dvě lůžkové zdravotní služby. Mezi další služby můžeme zařadit soukromá léčebná zařízení, která se zaměřují zvláště na movitější či zahraniční klientelu, a jejich provoz je plně hrazen samotnými klienty (např. pražské programy Neocentrum nebo Branické sanatorium Moniky Plocové) (Mravčík et al., 2018). Na území hl. m. Prahy jsou poskytovány také adiktologické služby specifickým skupinám (matky s dětmi, příslušníci národnostních menšin, osoby s duální diagnózou, uživatelé drog ve všech fázích trestního řízení). Co se týče užívání drog v prostředí zábavy a nočního života, tak v roce 2017 působil na území hl. m. Prahy program Hard & Smart, jehož poskytovatelem je společnost Podané ruce společně s programem PARTYHARMreduction, který funguje v rámci terénního programu NO (Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v hlavním městě Praze za rok 2017, 2018).

Nejčastěji užívanou drogou v Praze je alkohol, nikotin a marihuana (Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v hlavním městě Praze za rok 2017, 2018). Odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu a opioidů podle Výroční zprávy (Mravčík et al., 2018) na území hl. m. Prahy je 16 600 uživatelů. Z toho je 7 100 uživatelů pervitinu, 5 400 uživatelů buprenorfinu a 3 000 uživatelů heroinu (Mravčík et al., 2018). Drogová situace je v hlavním městě stabilní, nicméně hl. m. Praha je i nadále regionem, s největším počtem PUD v České republice (Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v hlavním městě Praze za rok 2017, 2018). Ve srovnání s předchozími roky, se odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu a opioidů na území hl. m. Prahy mírně zvyšuje, stejně tomu tak je i v ostatních krajích na území celé České republiky. Pervitin představuje stále nejčastější hlavní drogu mezi problémovými uživateli drog. Mezi opioidy, které se užívají

v České republice, řadíme především buprenorfin z černého trhu a v menší míře heroin (Mravčík et al., 2018).

Za problematickou se považuje i nadále otevřená drogová scéna, která je patrná v centrálních městských částech hl. m. Prahy (zejména Praha 1, 2, 3 a 5) a kopíruje trasy metra (Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v hlavním městě Praze za rok 2017, 2018). Dle výroční zprávy (Mravčík et al., 2018) je v hl. m. Praze nedostatek substitučních, kontaktních a poradenských center. Ani v roce 2017 se situace nezměnila a kontaktní centra, která jsou momentálně v Praze tři a mají nedostatečnou kapacitu. Podle Výroční zprávy (2018) je nedostatečná také kapacita substitučních center a nadále přetrvává nedostupnost specializované zdravotní péče pro uživatele návykových látek (Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v hlavním městě Praze za rok 2017, 2018). Je třeba se věnovat infekčním onemocněním, která se pojí s užíváním návykových látek. Nejmarkantnějším je podíl intravenózních uživatelů drog (dále jen IUD) na počtu případů virové hepatitidy C, který v roce 2017 činil v hl. m. Praze více než 37 % (Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v hlavním městě Praze za rok 2017, 2018). Závažným zdravotním dopadem v souvislosti s rizikovým chováním (respektive s injekčním užíváním drog), které ohrožuje zdraví populace, je také výskyt HIV infekce. Z analýzy, kterou prováděl Státní zdravotní ústav (SZÚ) a Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS (NRL AIDS), vyplynulo, že v roce 2017 v České republice došlo k poklesu nově zachycených případů infekce HIV pod hodnoty, které byl zjištěné jak v roce 2016, tak i v roce 2015. Ze shrnutí analýz vyplynulo, že v roce 2017 bylo zjištěno 254 nových případů infekce HIV a téměř polovina osob (48,0 %), u kterých byla v roce 2017 nově diagnostikována infekce HIV, uvedla své obvyklé bydliště v hl. m. Praze (Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v hlavním městě Praze za rok 2017, 2018).

6. Program NO BIOHAZARD

Organizace Progressive, o. p. s. poskytuje kromě programu NO i další programy: kontaktní a poradenské centrum závislostí v hl. m. Praze – Stage5, PARTYHARM reduction – první pomoc, když jsi moc; FIXPOINT – pracovní resocializace uživatelů návykových látek, CROSSOVER – poradenské a osvětové aktivity a NONSTOP24 – prodejní automaty na zdravotnický materiál (Výroční zpráva Progressive, o. p. s. 2017, 2018).

6.1. Historie NO BIOHAZARDU

Terénní program NO pracuje s uživateli nealkoholových drog v hlavním městě Praze a vznikl v roce 2003. Zpočátku se jeho činnost zaměřovala pouze na Prahu 5 a Prahu 9. Šlo nejdříve o sběr použitého injekčního náčiní, ale pracovníci programu se brzy zaměřili na práci o víkendech, protože do té doby nebyla žádná jiná organizace, která by terénní programy o víkendech provozovala (Operační manuál, 2015). V následujících letech se postupně přidávaly i služby ve všední dny. V roce 2006 došlo k rozšíření terénního programu a jeho působení v jednotlivých lokalitách hl. m. Prahy – Praha 1, Praha 2, Praha 5, Praha 8

a Praha 10 a ukončení terénní práce na Praze 9. V roce 2007 se přidala městská část Prahy 7. V roce 2008 působil terénní program v lokalitách těchto městských částí – Praha 1, Praha 2, Praha 5, Praha 7, Praha 8 a v rámci programu vzniká tzv. cykloterén (BIKE STREET). Pomocí BIKE STREETU pracovníci monitorují rozsáhlejší oblasti na jízdních kolech. V průběhu let terénní program pružně reaguje na přesuny otevřené drogové scény. V roce 2016 proběhla poslední certifikace odborné způsobilosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (Organizace Progressive-os, 2019). V roce 2017 prošel terénní program NO velkými změnami. Docházelo k personálním obměnám, včetně vedoucího terénního programu a týmového supervizora. Ke konci roku se pak zázemí terénního programu přestěhovalo na novou adresu. I přes všechny výše popsané změny se podařilo provozovat službu v nezměněné kvalitě a formě, včetně denních i nočních služeb, bikestreetu a dalších aktivit (Výroční zpráva Progressive o.p.s. 2017, 2018)

Terénní služby aktuálně probíhají každý den, včetně víkendů. Konkrétní dny, časy a navštěvované lokality se mění v závislosti na aktuální potřebě a dění na drogové scéně. Aktuální časy terénů jsou vždy na stránkách <http://www.progressive-os.cz/no-biohazard/> a klientům programu jsou k dispozici ve formě letáků (Operační manuál, 2015).

6.2. Filozofie NO BIOHAZARD

NO nabízí veškeré své služby klientům bez ohledu na jejich pohlaví, věk a rasu, politické vyznání, náboženství, právní či společenské postavení, psychický či fyzický stav a socioekonomické možnosti. Filozofií terénního programu NO je aktivní zapojení klienta do řešení jeho životní situace. Pracovníci NO se snaží otevřít náhled na jejich situaci a nabízí jim reálné kroky, které by mohli udělat pro zlepšení své situace. Pracovníci klientům poskytují odborné informace, podporují a motivují klienty k různým způsobům řešení. Klient NO se může rozhodnout, že v současné době nechce nebo nemůže svůj život žádným způsobem měnit. V takovém případě pracovníci pouze upozorňují na rizika, která jsou s jeho životním stylem spojena. V rámci filozofie přístupu harm reduction se pracovníci snaží, aby klient taková rizika zmírňoval. Pracovníci respektují klientovu volbu, ať se rozhodne pro abstinenci, nebo pro život s drogou (Operační manuál, 2015).

6.3. Základní principy NO BIOHAZARD

Nízkoprahovost – Pokud požadujeme po klientovi typu aktivního uživatele drog, aby využil služeb zařízení prvního kontaktu a zapojil se tak do systému péče, která by mu v ideálním případě dopomohla ve změně směrem k abstinenci, musíme tento práh položit co nejnižší. Terénní programy jsou určeny klientům, pro které je i zařízení typu kontaktního centra příliš vysokoprahové. Návštěva instituce, která je umístěna v budově, vyžaduje dodržování určitých pravidel, zatímco v přirozeném prostředí klienta si podmínky do jisté míry diktuje sám klient. Filozofie nízkoprahových služeb by se dala zjednodušit na „nabízet hodně, požadovat málo“.

Anonymita – při využívání služeb NO nemusí klient uvádět žádné osobní údaje. Klient má právo na zachování anonymity v programu. Pracovníci jsou vázáni mlčenlivostí a jakékoliv informace o klientech zůstávají uchovány pouze v rámci organizace. I přes skutečnost, že jsou veškeré služby programu NO anonymní, snaží se terénní pracovníci získat od klienta co nejvíce údajů o jeho životě či aktuálním problému. Pracovníci terénního programu NO často odkazují klienty do k-centra, kde mohou vyplnit IN-COME dotazník (příloha č. 1) a jsou tak evidováni pod kódem, který slouží k vykazování dat v databázi UniData Lite v rámci Progressive, o.p.s..

Harm reduction – Úkolem harm reduction je ovlivnit chování aktivního uživatele tak, aby se s co nejmenšími zdravotními i sociálními následky dožil doby, kdy se mu podaří toto rozhodnutí realizovat. Působení harm reduction můžeme rozdělit do dvou oblastí podle toho, na jaká rizika se zaměřuje:

- *Minimalizace zdravotních rizik* – která souvisejí jak se způsobem aplikace, tak i se stylem života či sexuálním chováním.
- *Minimalizace sociálních rizik* – tato rizika spočívají především v konfliktech se zákonem v souvislosti se způsobem získávání finančních prostředků na drogy.

Public Health – tento princip se zaměřuje na ochranu nejen konkrétního klienta, ale na ochranu celé společnosti. Jedná se o přístup ochrany veřejného zdraví, týkající se přenosu infekčních chorob (AIDS, virová hepatitida typu B a C), ke kterému dochází při sdílení injekčního materiálu při intravenózní aplikaci a při rizikovém pohlavním styku. Nedílnou součástí tohoto principu je edukační činnost, výměna injekčního materiálu, testování na infekční choroby a distribuce prezervativů.

Bio-psycho-socio-spirituální model – příčiny drogové závislosti jsou velmi komplexní a tomu musí odpovídat i komplexní léčebný přístup. Jedná se o holistický model, ve kterém dochází k propojení několika vědních disciplín, a vyžaduje úzkou spolupráci mezioborových týmů.

Bezplatnost – veškeré služby a materiál jsou poskytovány bezplatně. Klient, který využívá služby terénního programu, nemusí mít v pořádku ani zdravotní či sociální pojištění. Přesto může čerpat z nabídky služeb a poskytovaného materiálu.

Dostupnost – služby programu NO jsou poskytovány v lokalitách, kde je pravděpodobná koncentrace uživatelů drog. Pracovníci často poskytují služby v místech otevřené drogové scény, dle aktuální potřeby klientů. Klienti programu jsou informováni o časech a místech formou informačních letáků. Klientům jsou k dispozici telefonní kontakty na terénní mobilní telefony, na které mohou terénní pracovníky kontaktovat a domluvit si s nimi místo schůzky pro výměnu či jinou službu poskytovanou terénním programem.

Dobrovolnost – veškeré služby, které se klient rozhodne využít, využívá dobrovolně. Do žádných aktivit není nucen ani nemusí nutně v aktivitách setrvat.

Individuální přístup – v práci s klienty se berou ohledy na jejich individuální potřeby a zakázky (Operační manuál, 2015).

6.4. Cílová skupina

Primární cílovou skupinu programu NO tvoří klienti z řad uživatelů nealkoholových drog, nejčastěji jde o tzv. problémové uživatele drog (Operační manuál, 2015). Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) definuje problémové užívání drog jako „Injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu“ (EMCDDA & Institute for Therapy Research, 1998). Pracovníci se rovněž zaměřují na tzv. skryté uživatele drog, kteří nejsou v kontaktu s žádnými nízkoprahovými službami, zdravotnickými či sociálními institucemi (Operační manuál, 2015).

Služby jsou poskytovány osobám starším 15 let, které užívají nealkoholové drogy, přičemž není rozhodující, v jaké fázi užívání se aktuálně nacházejí či jak dlouho drogy užívají. Dolní věková hranice je tedy 15 let, horní věková hranice pro klienty terénního programu není určena. Určení věku není vždy možné, a to kvůli anonymní povaze služby. Pokud klient věk sdělí sám a je mladší 15 let, pracovníci jej odkazují na specializované pracoviště. Klienty terénního programu mohou být také rodinní příslušníci, partneři a jiné důležité osoby blízké osobám, které užívají NL (Operační manuál, 2015).

6.5. Cíle programu NO BIOHAZARD

Základními cíli programu NO je vyhledávat skrytou populaci uživatelů drog, oslovovat ji a motivovat ji ke změně chování a životního stylu. Motivace by měla směřovat k méně rizikovému způsobu užívání NL, mj. také k minimalizaci zdravotního a sociálního poškození, která jsou spojena s UNL. Mezi specifické cíle programu NO se řadí:

- oslovení a navázání kontaktu s klienty, kteří aktuálně nejsou v žádném kontaktu s pomáhající institucí,
- udržení kontaktu a motivování klientů ke kontaktu s dalšími zařízeními, která poskytují služby pro uživatele drog,
- oslovení a navázání kontaktu s klienty z řad minoritních skupin obyvatelstva,
- motivování klientů k výměně použitého injekčního materiálu nebo k jeho bezpečné likvidaci,
- předávání informací o zásadách „bezpečnějšího“ užívání drog, o předávkování a o bezpečném sexu,
- poskytování informací ohledně infekčních onemocnění (Operační manuál, 2015).

6.6. Služby poskytované terénním programem NO BIOHAZARD

Všechny služby terénního programu jsou poskytovány bez nutnosti udání jakýchkoliv osobních informací, tedy zcela anonymně. Klientům je nabízena možnost registrace v podobě vyplnění IN-COME dotazníku (viz Příloha 1). Pokud klient souhlasí, je mu přidělený specifický kód, pod kterým je klient v programu evidován. Ostatní klienti jsou

v evidenci vedeni pod označením no-code (NC). Rozsah poskytovaných služeb je u zaregistrovaných i neregistrovaných klientů stejný a veškeré služby jsou poskytovány na otevřené drogové scéně. Program NO neposkytuje své služby v bytech, uzavřených komunitách a nepůsobí v rodinách klientů. O všech poskytovaných službách je veden záznam do „denního výkazu“ (viz Příloha 2) a po skončení služby jsou data převedena do databáze UniData Lite (Operační manuál, 2015).

6.6.1. Výměnný program

Ve výměnném programu jsou distribuovány injekční stříkačky a jehly „inzulínky“, desinfekční polštářky, vody pro injekční použití, suché tampóny, buničina, filtry, balená kyselina askorbová, alobal, želatinové kapsle, speciální kontejner na špinavé stříkačky a jehly, prezervativy, lubrikační gely a těhotenské testy; vizitky a letáky dalších institucí poskytujících služby pro uživatele drog a časopis Dekontaminace. Dále jsou k dispozici gumové rukavice, pocket mask a resuscitační rouška pro poskytnutí první pomoci, lékárnička pro poskytnutí první pomoci a dezinfekční gel.

6.6.2. Sběr pohozených stříkaček

Sběr na místě aplikace (např. park) provádějí terénní pracovníci pomocí kleští, které jsou umístěné v terénní tašce. Nejvíce disponovaná místa jsou pravidelně kontrolována a veškerý pohozený materiál je odborně likvidován. Pro potřeby laické veřejnosti má terénní program k dispozici stručný návod, jak bezpečněji injekční stříkačky uklidit (viz. Příloha 3).

6.6.3. Zdravotní poradenství a ošetření

Všichni pracovníci absolvují každoročně povinné školení první pomoci. Pokud je tedy pracovník požádán o radu ohledně zdravotního stavu nebo ošetření, musí být schopen klientovi nabídnout dostatečně kvalitní službu. Nejčastějšími zdravotními problémy u klientů jsou malé abscesy, povrchové záněty žil, hematomy, drobná poranění jako odřeniny, povrchové řezné rány kůže. Velmi důležitá je spolupráce s K-centrem, protože pracovník nemá k dispozici takové zázemí jako K-centrum. Jedná se např. o lůžko k ošetření a větší vybavení lékárny.

6.6.4. Sociální práce v terénním programu

Většina klientů terénních programů se nachází ve zhoršené sociální situaci. Týká se to především oblasti zaměstnání, bydlení, situace v rodině, příp. páčání trestné činnosti. Cílem terénního pracovníka je motivovat klienta k zájmu o jeho sociální situaci, případně klienta motivovat ke snaze o zlepšení této situace. Sociální práce je vykonávána pomocí kontaktu, při kterém jsou klientům poskytovány informace, zprostředkovává se kontakt s následnými institucemi, je prováděna jednorázová intervence nebo pracovník pracuje na případové práci, a to u klientů s dlouhodobějším kontaktem.

Konkrétní typy sociální práce s uživateli drog: zprostředkování detoxu a léčby, hledání zaměstnání, hledání ubytování, vyřizování dokladů (OP, zdravotní pojištění), kontakt se zdravotními institucemi, kontakt s policií a se soudy (probační – mediační pracovník).

6.6.5. Krizová intervence

Jedná se o jednorázovou, časově omezenou intervenci, která řeší akutní problémovou situaci klienta. Krizová intervence je zaměřená na nalezení řešení a tuto službu jsou schopni poskytovat všichni členové týmu, kteří mají výcvik základní krizové intervence.

6.6.6. Doprovázení a předávání klienta

Klient může být doveden do dalšího zařízení nejen ve stavu akutní krize, ale i tehdy když o to projeví sám zájem a je to vhodné zejména k řešení jeho problematické situace. Může to být v případě, že klient má obavu vyhledat zařízení sám nebo mu to nedovoluje jeho zdravotní či psychický stav.

6.6.7. Monitorování infekčních chorob

Výskyt HIV, hepatitidy typu A/B/C a jiných infekčních onemocnění mezi uživateli drog pracovníci sledují pouze z rozhovorů s klienty. Pracovníci se snaží klienty poučit o možnostech prevence. Pokud klient projeví zájem o testování, je pracovníky odkázán na zařízení, která testování provádějí.

6.6.8. Předávání informací klientům

Kvalita předávání informací klientům je závislá především na množství času, který na klienta terénní pracovníci mají. Na ulici někdy není možné klienty objednat a domluvit se na časovém rozvrhu kontaktu. Je důležité mít proto informace připravené jak v hlavě, tak v psané podobě.

6.6.9. Práce s minoritami

Práce s minoritami se zaměřuje především na romské uživatele drog. Ti tvoří nejčastější minoritní skupinu uživatelů, se kterými terénní program vstupuje do kontaktu.

6.6.10. Monitorování drogové scény

Monitoring, informace o dění na drogové scéně a získané informace jsou k dispozici jak ostatním zařízením, odborné veřejnosti, tak i sdělovacím prostředkům. Veškeré úkony jsou zaznamenány ve výkazu z terénu a poté převedeny do databáze UniData Lite. Informace zjišťují terénní pracovníci vlastním pozorováním nebo dotazováním klientů. Znalost trendů pomáhá pracovníkům volit vhodné intervence a aktuálně přizpůsobovat nabídku poskytovaných služeb.

6.6.11. Bike street

Terénní program NO má k dispozici dvě kola, která se mohou využívat v terénní práci proto, aby se zvýšil počet lokalit, na kterých TP působí. Jedná se o místa, která jsou od sebe vzdálená a nemají tak velkou četnost kontaktů.

6.6.12. Speciální terén

Terénní pracovníci vykonávají mimo pravidelné služby také monitoring dalších městských částí na území hl. m. Prahy. Speciální denní terénní služby jsou zaměřeny na oblasti mimo hlavní drogovou scénu v centru města. Tyto služby probíhají dle potřeb terénního programu nebo např. na žádost protidrogových koordinátorů jednotlivých městských částí, kde terénní program NO působí. Cílem speciálního terénu je monitorovat méně navštěvované lokality a zjišťovat, zda se v nich nachází cílová skupina uživatelů drog.

6.6.13. Noční terén

Terénní dvojice z terénního programu se snaží vyhledávat a nakontaktovat uživatele drog do systému péče i v netradičním čase mimo pravidelné služby. Jedná se o terénní práci ve večerních hodinách.

6.6.14. Terénní telefon

Součástí terénní výbavy jsou dva telefony. Jeden telefon pro Prahu 4 a Prahu 14, druhý telefon je pro Prahu 1, 2, 5, 7, 8. Čísla na terénní telefony jsou jedny ze základních údajů, které jsou uvedeny na terénních vizitkách, jež pracovníci distribují klientům. Prostřednictvím telefonu si lze s klientem domluvit telefonicky konkrétní místo a čas osobního setkání, kdy a kde bude poskytnuta služba terénního programu (Operační manuál, 2015).

6.7. Statistiky, hodnocení kvality a efektivity služeb programu NO BIOHAZARD

V rámci měsíčních statistik se sleduje počet kontaktů s klienty v programu a počet nálezů injekčního materiálu v rámci jednotlivých městských částí. Hodnotí se také vývoj počtu vyměněných stříkaček, počet odkazů na další zařízení a služby, počet individuálních poradenství a počet poskytnutých informací. Pololetní hodnocení je rozsáhlejší o počet prvních kontaktů, odkazů a referencí na zařízení sociální nebo zdravotní péče (Operační manuál, 2015).

Statistiky programu NO za rok 2017:

- Počet kontaktů: 12 111
- Počet klientů v kontaktu: 1894
- Počet vydaných injekčních stříkaček: 94 885
- Počet zdravotních ošetření: 77
- Počet individuálních ošetření: 327
- Počet krizových intervencí: 17
- Počet odkazů do institucí následné péče: 2070 (Výroční zpráva Progressive o.p.s. 2017, 2018).

V rámci terénního programu probíhá jednou do roka šetření spokojenosti klientů s poskytovanými službami formou strukturovaných rozhovorů. Šetření probíhá po dobu jednoho měsíce nebo po dosažení počtu 100 vyplněných dotazníků. Při šetření se používá každý rok aktualizovaná forma formuláře (viz Příloha č. 4). Tato šetření jsou vyhodnocena a prodiskutována se všemi členy týmu (Operační manuál, 2015).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část je zpracována metodou evaluace spokojenosti, která byla realizována s 30 respondenty z hl. m. Prahy. Stěžejní část práce je věnována evaluaci spokojenosti u klientů, kteří využívají služeb terénního programu No Biohazard. V rámci samotného programu NO je jednou za rok realizován průzkum mezi klienty na téma spokojenost (Operační manuál, 2015) a jeho výsledky jsem mohla zahrnout do své práce. Mám tedy k dispozici data od obou skupin respondentů a z toho plyne možnost vzájemného zrcadlového porovnání. Výzkumným problémem v diplomové práci je zjistit, zda jsou klienti s nabízenými intervencemi programu NO spokojeni a zda jim v nabídce poskytovaných intervencí něco neschází, popř. jak by jednotlivé intervence sami klienti zdokonalili.

Výzkumná část je rozdělena do kapitol, kde jsou formulována východiska, cíl, výzkumné otázky, charakteristika výzkumného souboru, dále je popsána metodika a metody získávání dat, poté následuje prezentace výsledků, diskuze a závěr práce.

7. Cíle výzkumu

Hlavním cílem bylo zjistit spokojenost klientů s nabízenými intervencemi, které program No Biohazard klientům nabízí, popř. jak by se daly jednotlivé konkrétní aspekty intervencí vylepšit. Prostřednictvím výzkumných otázek jsem aktivně pátrala po zdrojích nespokojenosti u nabízených intervencí. Jedním z dílčích cílů bylo zjistit míru spokojenosti klientů s místní a časovou dostupností programu No Biohazard. Dalším cílem bylo vytvořit návrh na zvýšení úrovně služby No Biohazard pro organizaci Progressive, o. p. s. a navržení doporučeného inventáře HR materiálu, který by terénní pracovníci mohli klientům programu nabízet. V neposlední řadě to bylo porovnání se seznamem výsledků dotazníků spokojenosti, které byly během programu NO interně realizovány v předcházejících letech 2017–2019.

7.1. Výzkumné otázky

Jádrem celého výzkumu je evaluace spokojenosti klientů. Cíle, které jsem popsala výše, byly rozvedeny ve formě následujících výzkumných otázek.

1. Jsou klienti spokojeni s komplexností poskytovaných intervencí? Odpovídají nabízené intervence jejich potřebám?
2. Co klienti na poskytovaných intervencích oceňují? Co by klienti v programu zdokonalili, jaká intervence by se dala vylepšit, jakým způsobem?
3. Jak jsou klienti spokojeni s místní a časovou dostupností programu?
4. Odpovídá nabízený HR materiál potřebám klientů? Pokud ne, co klientům v nabídce schází?
5. Jsou klienti spokojeni s personálem programu No Biohazard?
6. Využívají klienti současně i jiný terénní program? Případně proč jej využívají?

Pomocí evaluace spokojenosti klientů zjišťujeme, jak uživatelé vnímají kvalitu nabízených intervencí, jak by intervence vylepšili a proč. Časová dostupnost je chápána jako

konkrétní časové bloky, kdy jsou terénní pracovníci k zastižení. Místní dostupností jsou myšleny jednotlivé městské části hl. m. Prahy.

8. Použité metody

8.1. Evaluace spokojenosti klientů

Podle World Health Organization (dále jen WHO) rozlišujeme šest hlavních typů evaluace, a evaluace spokojenosti klientů je jedním z nich. Evaluace má zásadní význam proto, aby se dalo určit, zda nabízené intervence fungují tak, jak by měly, a zda se na nich dá něco zlepšit. Cílem evaluace je tedy vytvořit a udržet efektivní a účinné programy a intervence (Marsden et al., 2000). Evaluace spokojenosti klientů se může zaměřit na důvěryhodnost služeb nebo na to, jestli jsou služby poskytovány důsledným a spolehlivým způsobem. Evaluace spokojenosti se dále zaměřuje na přiměřenost služeb nebo na uspokojování potřeby klientů, na zdvořilost poskytovatelů, na dostupnost služeb a také na to, zda mají klienti pocit, že program splnil svůj účel. V neposlední řadě je to zaměření na to, co se klientům během programu líbilo nejméně nebo co považovali za neúčinné (WHO, 2000).

Pomocí evaluace spokojenosti tak můžeme hodnotit několik odvětví. Popisovaný výzkum se zabýval přiměřeností služeb a potřeb klientů u terénního programu NO. Pomocí specifických otázek je možno postihnout např. ochotu personálu, informační zdroje a další. Mým cílem bylo zkoumat názory respondentů na význam služeb ve vztahu k jejich potřebám. Účel evaluace je důležitý především pro ředitele a vedoucí programů, které jsou zaměřeny na zneužívání návykových látek. Právě po ředitelích a vedoucích se často požaduje, aby obhájili potřebnost svých programů. Termín spokojenost klientů je pojmem, kterému dobře rozumí klienti, široká veřejnost i státní orgány a další instituce, jež zajišťují přísun financí do organizací (WHO, UNDCP & EMCDDA, 2000). Výzkumy spokojenosti klientů se dají využít k běžným či pravidelným „kontrolám“ kvality služeb z hlediska klientů (WHO, 2000).

Evaluace spokojenosti klientů mohou být vnímány jako možnost „podělit se“ s klienty o jejich zkušenosti s programem, v mém případě tedy s terénním programem NO. Evaluace spokojenosti je důležitá pro poskytovatele služeb, kteří se snaží zjistit, jak by se daly jednotlivé aspekty služby vylepšit. Výzkumy spokojenosti klientů mohou být ve skutečnosti pro klienty jediným možným způsobem, jak se vyjádřit nebo jakým způsobem vyjádřit svůj názor na poskytovanou službu anebo na potřebu nových služeb (WHO, UNDCP & EMCDDA, 2000). Ve své diplomové práci jsem využila formativní typ evaluace – při té je hlavním cílem nalézt silné a slabé stránky a navrhnout změny, které povedou k odstranění či zlepšení slabých stránek (WHO, 2000a).

8.2. Metody sběru dat

Základním předpokladem pro úspěšně provedený výzkum je dokonalá znalost terénu. Terénem se v tomto kontextu myslí jakékoliv prostředí, ve kterém se pohybuje cílová skupina pro výzkum. Terénem může být několik ulic v dané městské části, např. tam, kde se koncentrují squatteré, jejichž názory chceme zkoumat (Miovský, 2006). Stejně jako se píše výše, před samotným zahájením jsem měla vytipované určité lokality, kde bude prováděn sběr dat pro výzkum. Snažila jsem se do výzkumu zahrnout všechny městské části hl. m. Prahy, kde terénní program NO se svými službami aktuálně působil. Dotazník pro účely tohoto výzkumu byl sestaven dle předlohy „Formulář k šetření zaměřenému na subjektivní hodnocení spokojenosti klientů Terénního programu“ (viz. Příloha č. 4). V dotazníku byly doplněny různé typy otázek (uzavřené, polozavřené a volné). Dotazník pro potřeby tohoto výzkumu tvoří přílohu č. 5 této práce. Před samotným zahájením výzkumu jsem provedla pilotní sběr, který se uskutečnil podle osnovy dotazníku. Pilotní sběr sloužil k tomu, aby nebyla opomenuta témata, která byla pro potřeby tohoto výzkumu důležitá.

Ke sběru dat jsem využila metodiku rapid assesment and response (dále jen RAR) – metoda rychlého posuzování je vyvinuta specificky pro rychlé kvalitativní studie, které jsou zaměřené k určitému problému (Miovská et al, 2005). Definice WHO tvrdí, že metodologie RAR je prostředkem pro vylíčení povahy a rozsahu sociálních nebo zdravotních problémů a snaží se hledat možnosti, jak situaci zlepšovat. Metodika RAR vyžaduje zahrnutí mnoha typů dat. Mezi jeden ze základních principů RAR patří sběr dat z několika různých zdrojů a odlišnými metodami, které jsou spolu kombinovány. Jádrem mého výzkumu byla data z polostrukturovaného interview. Dále to jsou data z výročních a závěrečných zpráv. Současné se jednotlivé části RAR i získaná zjištění vzájemně doplňují, probíhají mezi nimi interakce a umožňují relativně pružně reagovat. Metodika RAR představuje především praktický nástroj, který má na základě analýzy kvalitativních dat přinést jasná praktická doporučení (Minařík, 2003).

Data do mého výzkumu jsem získala pomocí polostrukturovaného interview pro sběr nových dat a dále jsem provedla analýzu existujících informací a zdrojů. Existující informace umožňují užití poznatků, pro jejichž sběr jsem neměla prostředky, zdroje či kapacitu. Jedná se o data tzv. rutinně sebraná – mohou zahrnovat informace od jiných badatelů, vlády, sociálních služeb a mnoha organizací, nebo data tzv. dokumentární. Zjištění již existujících informací by mělo být prvním krokem při každé tvorbě RAR výzkumu; tato data pomohou k orientaci v situaci, k pochopení vývoje, kontextu a volbě dalších adekvátních metod pro následující výzkum.

Před samotným zahájením výzkumu jsem si vytvořila schéma otázek, které pro mě bylo závazné, a v průběhu polostrukturovaného interview jsem se jej držela. Takové schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budou výzkumníci ptát účastníků výzkumu (Miovský, 2006). Následné odpovědi jsem si ihned zapisovala do připraveného záznamového archu. Při tvorbě archu jsem kladla nároky zejména na rychlé orientace a zápisu v terénu (Miovský, 2006). Polostrukturované interview obsahovalo následující okruhy otázek.

- a) Osobní údaje – pohlaví, věk, současná užívaná droga
- b) Využívání nízkoprahových služeb – kterou službu u nás nejčastěji využívají, zda využívají i služby jiných programů, popřípadě proč
- c) Co klientům v nabídce služeb či HR materiálu chybí
- d) Časová a místní dostupnost – jestli klientům vyhovují časy, ve kterých terénní program provádíme a jestli ví o nějaké lokalitě, kam nechodíme, a bylo by třeba docházet
- e) Bodovací škála všech položek (známka 1–5)

V průběhu celého výzkumu jsem se snažila vyhnout otázkám, na které se dá odpovědět pouze dvojím způsobem, a to spokojen/nespokojen. Takové otázky vyzývají k odpovědi „*spokojen*“ i u respondentů, kteří nemají vyhraněný názor na danou otázku nebo jsou spíše nespokojeni. S každým respondentem jsem vyplnila připravený dotazník a poté jsem měla možnost s respondentem doplnit jednotlivé odpovědi, a to v případě, kdy chtěl respondent popisovat nějakou událost či vyjádřit svůj názor nebo zkušenosti. Délka dotazování byla u každého respondenta individuální, jednalo se o 10-20 minut. Přestože byla předem vytvořena kostra dotazníku, sběr dat na otevřené drogové scéně byl v několika případech problematický a tohoto faktu si byla vědoma. Na některé otázky se nepodařilo zjistit odpověď, z důvodu neschopnosti odpovědět na dotazovanou (otevřenou) otázku či z důvodu velké intoxikace u respondenta.

8.3. Popis základního souboru

Základní výzkumný soubor tvoří uživatelé návykových látek, kteří by měli odpovídat definici problémového uživatele drog podle EMCDDA. Nejvyšší relativní počet problémových uživatelů drog je odhadován v hl. m. Praze (Mravčík et al., 2018). Území MČ Praha 1 bylo v roce 2017 největší otevřenou drogovou scénou v České republice. V této MČ docházelo k největšímu počtu kontaktů s cílovou skupinou a zároveň byl evidován i největší výdej harm reduction a zdravotnického materiálu, v porovnání s ostatními MČ, na které terénní pracovníci NO v roce 2017 docházeli. V MČ Praha 1 jsou mezi klienty terénního programu užívány v podstatě všechny nelegální návykové látky, které se vyskytují na českém drogovém trhu. Nejvíce klientů užívá pervitin a opiáty-buprenorfin (Subutex, Suboxon) (Výroční zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2017, 2019). Průměrný věk UNL, kteří byli v kontaktu s nízkoprahovými programy, byl 32 let. Průměrně 2/3 klientů adiktologických programů tvoří muži (cca 80 %) a 1/3 tvoří ženy (cca 20 %) (Mravčík et al., 2018).

V roce 2017 proběhlo v terénním programu NO dotazníkové šetření, při kterém se mimo jiné zjišťovalo, jaké látky klienti užívají. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 36 % klientů preferuje substituční preparáty obsahující buprenorfin. Pervitin uvedlo jako svou primární drogu 35 % klientů a 12 % klientů užívá primárně heroin. Mezi další užívané látky patří metadon, opium a konopné drogy. Z hlediska etnicity či původu uživatelů tvořila v roce 2017–30 % romská klientela. Z celkového počtu kontaktů proběhlo cca 2,5 % kontaktů s uživateli drog – cizinci. Nejčastěji se jednalo o rusky mluvící uživatele a uživatele ze Slovenské republiky. Průměrný věk uživatelů byl 36,5 let. Rozdělení uživatelů podle pohlaví za rok 2017 bylo 77 % uživatelů mužů, zbylých 23 % ženy (Výroční zpráva Progressive, o. p. s. 2017, 2018).

8.4. Popis výběrového souboru

Respondenty do výzkumu jsem vybírala přes instituce a zároveň to museli být uživatelé, kteří využívali program NO. Plánem bylo oslovit všechny uživatele, kteří přijdou do kontaktu s výměnným programem NO. Institucionální výběr byl kombinován s výběrem záměrným (účelovým). Záměrný výběr přes instituce je metoda, při níž využíváme zdroje z instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás zároveň výzkumně zajímá. Záměrný (účelový) výběr spočívá v tom, že vybíráme mezi potenciálními účastníky výzkumu (kteří splňují určité kritérium) toho, kdo je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s výzkumem souhlasí (Miovský, 2006). Aby respondenti byli zařazeni do výzkumu, museli splňovat následující kritéria:

- UNL, kteří využívají program No Biohazard
- všichni uživatelé, kteří přijdou do kontaktu s výměnným programem
- aktivní uživatelé návykových látek
- věk 18+
- podání ústního souhlasu s účastí ve výzkumu

Cílem bylo vybrat do výzkumu co nejširší spektrum uživatelů, kteří se pohybují na pražské otevřené drogové scéně. Do výzkumu jsem chtěla zahrnout také cizojazyčné respondenty a respondenty romské národnosti. Zpětně byl proveden výpočet, kolik respondentů odmítlo účast ve výzkumu z celkového počtu zúčastněných respondentů.

Výzkumný soubor tvoří 30 respondentů – jedná se o respondenty, kteří využívali terénní program NO v období od 1. 2. 2019 do 30. 6. 2019, přičemž celkem bylo osloveno 32 respondentů. Na otevřené drogové scéně je jistý předpoklad, že, respondent může účast ve výzkumu zcela odmítnout. Odmítnutí ve výzkumu jsem zaznamenala u 2 respondentů. Z celkových 30 respondentů studie, bylo 11 žen a 19 mužů. Výběrový soubor odpovídá tak svým složením základnímu souboru, neboť věkový průměr vzorku činil 36,6 let, přičemž nejstarší respondent (muž) měl 48 let a nejmladší (žena) 25 let. Respondenti, kteří jsou zahrnuti v této studii, uvedli, že bydleli na ulici (8 respondentů), ve vlastním bytě (8 respondentů), ve squatu (8 respondentů), na ubytovně (4 respondenti) a v cizím bytě (2 respondenti).

Tabulka č. 2 - Respondenti studie dle pohlaví, věku a aktuálního místa bydlení

Kód respondenta	Pohlaví	Věk	Aktuální bydlení
R1	muž	40	bez domova – na ulici
R2	muž	39	bez domova – na ulici
R3	muž	42	vlastní byt
R4	muž	30	squat
R5	žena	32	vlastní byt
R6	muž	40	vlastní byt
R7	žena	27	squat
R8	muž	42	bez domova – na ulici
R9	žena	30	squat
R10	žena	40	vlastní byt
R11	muž	42	ubytovna

R12	muž	33	ubytovna
R13	žena	25	bez domova – na ulici
R14	muž	38	bez domova – na ulici
R15	žena	32	squat
R16	muž	35	vlastní byt
R17	muž	45	bez domova – na ulici
R18	žena	35	squat
R19	muž	48	cizí byt
R20	žena	34	squat
R21	muž	32	vlastní byt
R22	muž	30	cizí byt
R23	muž	45	vlastní byt
R24	muž	42	bez domova – na ulici
R25	muž	39	squat
R26	muž	35	ubytovna
R27	žena	36	vlastní byt
R28	žena	29	squat
R29	žena	44	ubytovna
R30	muž	37	bez domova – na ulici

U dvou respondentů jsem zaznamenala slovenský původ, ale v době výzkumu pobývali na území České republiky. Zbýlých 28 respondentů bylo českého původu.

Výzkum probíhal ve všech městských částech hl. m. Prahy, kde terénní program NO působí. Největší zastoupení měla městská část Prahy 8 (celkem 10 respondentů), dále to byla městská část Prahy 2, 4, a 7 (v každé městské části celkem 5 respondentů), dále to byla část Prahy 1 (3 respondenti) a Praha 9 (2 respondenti).

Tabulka č. 3 – Respondenti studie rozdělení dle nejčastěji užívané drogy a délky využívání terénního programu

Kód respondenta	Nejčastěji užívaná droga	Délka užívání terénního programu
R1	pervitin	10 let
R2	pervitin	19 let
R3	pervitin	20 let
R4	pervitin	5 let
R5	pervitin	10 let
R6	pervitin	1 rok
R7	pervitin	2 roky
R8	metadon	15 let
R9	pervitin	5 let
R10	pervitin	5 let
R11	pervitin	1/2 roku
R12	subutex	10 let
R13	pervitin	2 roky
R14	pervitin	5 let
R15	pervitin	4 roky

R16	subutex	6 let
R17	pervitin	8 let
R18	subutex	1 rok
R19	pervitin	20 let
R20	subutex	10 let
R21	pervitin	10 let
R22	pervitin	1/2 roku
R23	subutex	20 let
R24	subutex	15 let
R25	pervitin	2 roky
R26	Subutex	10 let
R27	pervitin	6 let
R28	pervitin	3 roky
R29	Subutex	20 let
R30	Subutex	10 let

Pervitin (metamfetamin) byl označen u 20 respondentů za nejčastěji užívanou látku, 9 respondentů uvedlo subutex (Buprenorphin hydrochloridum) a 1 respondent zmínil syntetický opioid – metadon. Průměrná doba využívání terénního programu byla u dotazovaných respondentů přibližně 8,5 let.

8.5. Metoda zpracování a analýzy dat

K analýze dat byla použita „metoda zakotvené teorie“. Tato teorie je odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. Corbinová a Strauss (1999) vysvětluje metodu zakotvené teorie jako:

„Teorii, která je odhalena, vytvořena a prozatím ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů.“ (Corbinová & Strauss, 1999; str. 14)

Jde o to, že výzkumník začíná zkoumanou oblastí a nechává, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné. Výsledkem zakotvené teorie je spíše teoretické vyjádření zkoumané reality než např. sada čísel. Cílem je vytvoření teorie, která bude věrně odpovídat zkoumané oblasti a bude ji vysvětlovat (Corbinová & Strauss, 1999). V případě tohoto výzkumu se pokusila o vytvoření teorie, která vysvětluje oblast ne/spokojenosti s nabízenými intervencemi. Získané výsledky z výzkumu jsem porovnála s výsledky průzkumů, které si realizuje organizace každoročně sama.

Samotnou analýzu dat jsem prováděla pomocí systematizace dat a editorování. Systematizace dat je fází dokončení procesu úprav dat do podoby, která už je vhodná k zahájení kvalitativní analýzy (Miovský, 2006). V první fázi zpracování jsem si roztříbila data dle určitých kritérií, která byla smysluplná vzhledem k plánované analýze. Editorování je doplňování poznámek výzkumníka, drobné úpravy nebo rozvedení popisu (Miovský, 2006).

Dílčí úpravy:

- Otevřené kódování
- Kategorizování – jednotlivé kategorie byly uceleny do tematických celků
- Výčet jednotlivých kategorií a jejich frekvence – které oblasti se objevovaly nejčastěji a výčet jejich opakování
- Deskriptivní statistika – vyhodnocení

8.6. Etické aspekty výzkumu

Podle Americké psychologické asociace APA (American Psychological Association, 1983) bychom v oblasti psychologického výzkumu měli dodržovat základní etická pravidla a principy. Jedná se hlavně o následující body: prvně, výzkum musí být založen na dobrovolnosti a respektu vůči účastníkům výzkumu. Dále účastníci psychologického výzkumu mají právo na informace – musí vědět čeho se účastní, jaké jsou cíle a smysl výzkumu. Nakonec je podstatné právo na soukromí a důvěrnost informací o účastnících – všechny informace mají zůstat důvěrné, má být zachována a zajištěna anonymita účastníků a účastníci mají právo na odstoupení z výzkumu.

Klienti jsou vděční za pozornost, která jim je věnována a neradi vyslovují kritiku vůči nabízeným službám. Tento jev se může objevovat u klientů, kteří si jsou vědomi rozdílného sociálního statutu mezi sebou a poskytovateli služeb (mezi sebou a terénními pracovníky) a mohou tak cítit povinnost vyjádřit vděčnost a spokojenost s poskytovanými službami. Tento jev může být překonán, když klienta ujistím, že záměrem výzkumu je zjistit jejich upřímné názory a že z kritiky dané služby pro ně nebudou vyplývat žádné důsledky. Toto sdělení jsem uvedla všem respondentům v rámci ústních pokynů před samotným začátkem dotazování.

V rámci ošetření etických otázek proběhla před zahájením výzkumu opatření na několika úrovních. Několik měsíců před realizací výzkumu bylo kontaktováno vedení programu No Biohazard s žádostí o možnost uskutečnění evaluačního výzkumu zaměřeného na spokojenost klientů. Po schválení této žádosti byly stanoveny podmínky, za kterých výzkum proběhne. Na začátku jsem respondenty seznámila s jejich právy (právo kdykoliv přerušit účast ve výzkumu či zničit záznamový arch). Všichni respondenti byli informováni, že účast ve výzkumu je dobrovolná a mohou ji kdykoliv ukončit bez udání důvodu (Hendl, 2016). Pokud respondent souhlasil s anonymní účastí ve výzkumu, snažila jsem se vytvořit bezpečný prostor pro dotazování. Dotazování s respondenty jsem prováděla na ulici, na otevřené drogové scéně v hl. m. Praze. Snažila jsem se o vyhnout rušivým elementům a odposlechu třetí osobou. Miovský (2006) uvádí, že ve výzkumu byli před újmou či poškozením chráněni nejen účastníci výzkumu, ale také výzkumník, který si mohl zvolit vhodné místo pro realizaci rozhovoru. Pokud respondent odpovídal tak, že vystoupil z anonymity, byla z mé strany (strany výzkumníka) dodržena mlčenlivost. Před samotným začátkem dotazování každý respondent poskytl informovaný souhlas s účastí ve výzkumu ústní formou. Jakmile s podmínkami výzkumu a účastí v něm souhlasil, vyplnila jsem v připraveném záznamovém archu datum a místo konání interview. Záznamové archy s dotazníky jsem bezpečně uložila a byly použity pouze pro potřeby této práce.

III. VÝSLEDKY

Výsledky této studie jsou zde prezentovány v jednotlivých celcích, podle struktury dotazníků, a zároveň jsou popisovány tak, aby odpovídaly na jednotlivé výzkumné otázky. Výsledky jsou rozděleny do dvou kategorií, a to na výsledky získané z této studie a výsledky získané z jiných zdrojů.

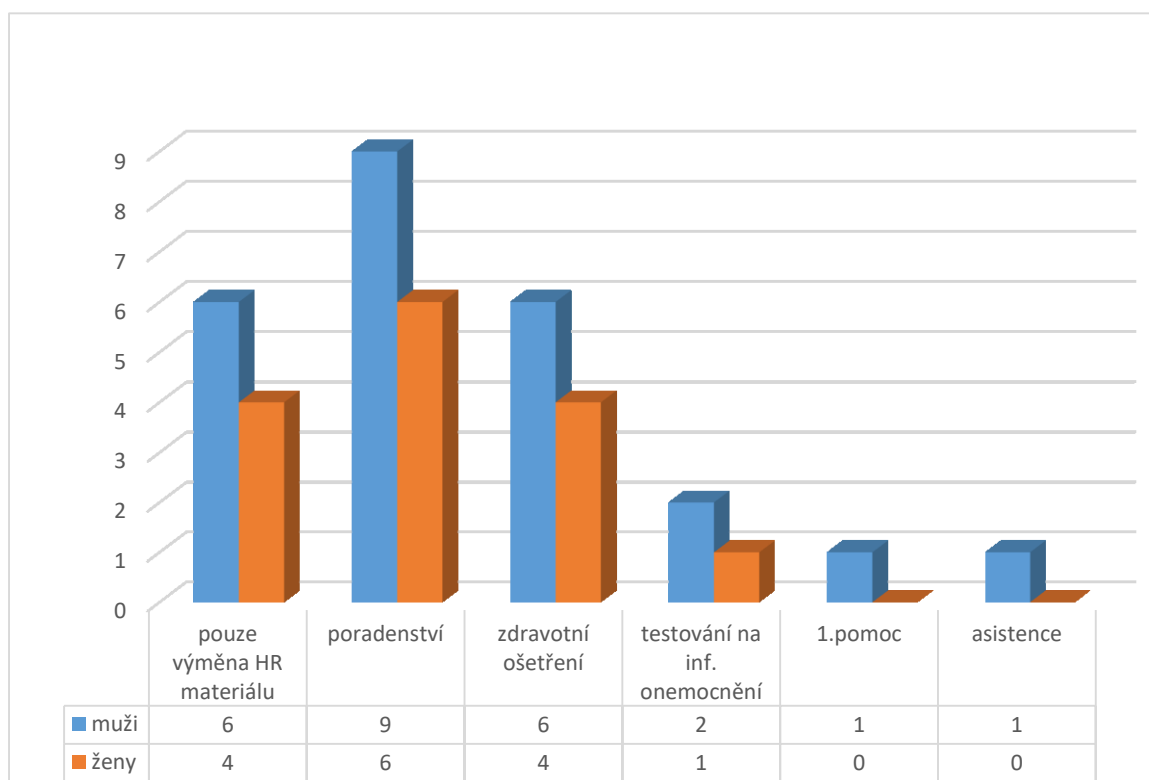
9. Výsledky získané z dotazníku evaluace spokojenosti, který byl proveden v roce 2019

V rámci rozhovorů jsem oslovila 32 respondentů, kteří se pohybovali na území hl.m.Prahy v období, kdy byla studie prováděna. S účastí se výzkumu souhlasilo 30 dotazovaných respondentů. Respondenti sdělovali svůj názor na poskytované intervence terénním programem No Biohazard.

1. *Jsou klienti spokojeni s komplexností poskytovaných intervencí? Odpovídají nabízené intervence jejich potřebám?*

Z nabízených intervencí terénního programu NO respondenti nejčastěji využívají kromě základní intervence, kterou je výměna harm reduction materiálu, také poradenství. Celkem 15 respondentů uvedlo, že nejméně jednou využili poradenství na téma, které potřebovali aktuálně řešit a bylo pro ně důležité. Tito respondenti uvedli, že veškeré informace, které od pracovníků kdy dostali, jim byly užitečné a nápomocné. Dva respondenti uvedli, že jim pracovníci NO pomohli zorientovat se v oblasti sociálních dávek a poskytli pomoc s vyřízením dokladů totožnosti. Jeden respondent uvedl, že mu bylo poskytnuto poradenství ohledně zprostředkování léčby a následná asistence pracovníky terénního programu do léčebného programu. Celkem 10 respondentů z dotazovaných uvedlo, že využili rovněž zdravotní ošetření na ulici, z čehož u jednoho respondenta to byla intervence formou první pomoci. Mezi zdravotní ošetření nejčastěji patřilo obvázání a dezinfekce malých ranek či poranění. Tři respondenti sdělili, že využili možnost testování na infekční onemocnění. Všichni z dotázaných respondentů považují poskytované intervence za komplexní a vyhovující. Respondenti mají informace o nabízených intervencích, vědí, jaké intervence a služby terénního programu mohou využít. Celkovou spokojenost se službami a nabízenými intervencemi respondenti ohodnotili známkou 1,2.

Graf č. 1: Využívané intervence dle pohlaví

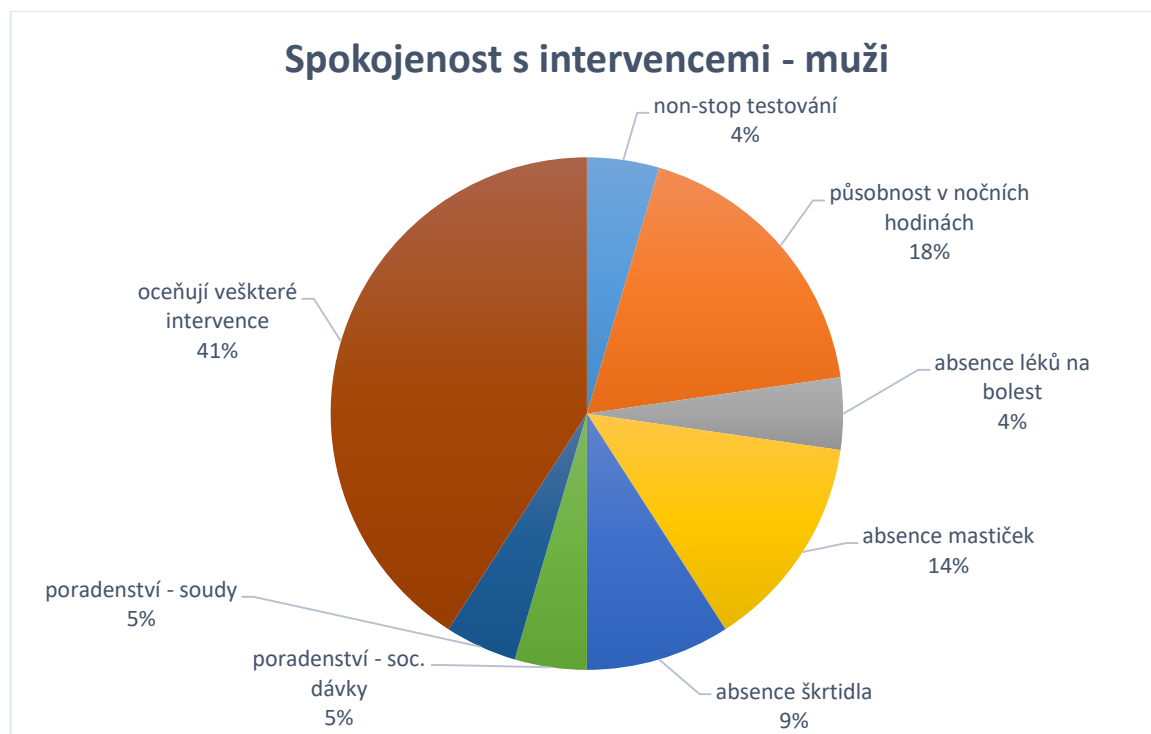


2. Co klienti na poskytovaných intervencích oceňují? Co by klienti v programu zdokonalili, jaká intervence by se dala vylepšit, jakým způsobem?

Na otázku, co respondenti na poskytovaných intervencích oceňují, jsem u 12 respondentů zaznamenala odpověď, že oceňují „všechno“ – tudíž veškeré nabízené intervence, které mají možnost využít. Jeden respondent uvedl: „Vždyť co bychom si tu počali kdyby, jste tu nebyli.“. Celkově 12 respondentů bylo s celým programem spokojeno a žádnou intervenci by nevylepšili, jsou tedy spokojeni s tím, co je jim nabízeno. Část respondentů, přesněji 18 respondentů, uvedla, že některé intervence by se daly vylepšit, a to následujícím způsobem. Dva respondenti uvedli, že by uvítali poradenství ohledně sociálních dávek s větším množstvím informací. A to přesněji, jaký je postup vyřizování žádostí, jaké jsou lhůty podání a jaké jsou finanční výše soc. dávek. Jeden respondent uvedl, že by ocenil více informací na téma soudní řízení a s tím spojené informace ohledně probačních a mediačních pracovníků. Nicméně všechny informace, které respondenti od pracovníků dostali, jim byly užitečné. Další intervencí, která by se podle respondentů mohla vylepšit je nabízený zdravotnický materiál. Čtyři respondenti by uvítali, kdyby pracovníci terénního programu u sebe nosili mastičky, které by mohli využít i po skončení kontaktu. Tzn., že by pracovníci dávali vždy malé množství mastičky do sáčku, případně na sterilní čtverec a respondent by si jej z kontaktu odnesl a použil, až by on sám uznal za vhodné. Tři respondenti sdělili, že jim v nabídce intervencí schází léky na tlumení bolesti a tři respondenti uvedli také absenci škrtidla. Jeden respondent řekl, že by uvítal: „non-stop testování“, neboli mít možnost nechat se otestovat kdykoliv a kdekoliv, nejen v určené dny a hodiny (tím je myšleno, testování u sanitky Sananim ve dnech pondělí, středa, pátek). U 4 respondentů jsem

zaznamenala odpověď, že by ocenili, kdyby pracovníci terénních programů chodili do ulic častěji, obzvláště v nočních hodinách, konkrétně po 22 hodině večerní.

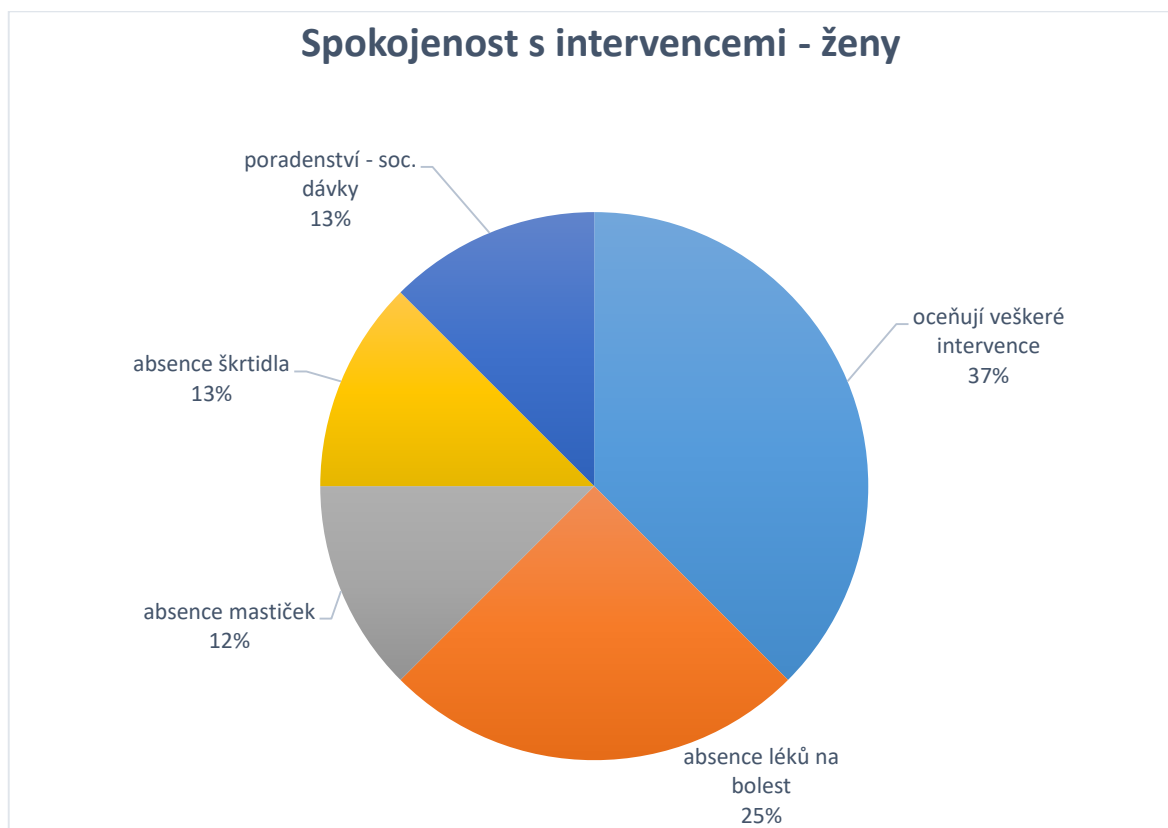
Graf č. 2: Spokojenost s intervencemi dle pohlaví – muži



Tabulka č. 4: Spokojenost s intervencemi dle pohlaví – muži

kategorie intervencí	počet respondentů – muži
oceňují veškeré intervence	9
působnost v nočních hodinách	4
absence mastiček	3
absence škrtidla	2
poradenství - soc. dávky	1
poradenství – soudy	1
absence léků na bolest	1
non-stop testování	1

Graf č. 3: Spokojenost s intervencemi dle pohlaví – ženy



Tabulka č. 5: Spokojenost s intervencemi dle pohlaví – ženy

kategorie intervencí	počet respondentů – ženy
oceňují veškeré intervence	3
absence léků na bolest	2
absence mastiček	1
absence škrtidla	1
poradenství - soc. dávky	1

3. Jak jsou klienti spokojeni s místní a časovou dostupností programu?

Pokud jde o místní a časovou dostupnost nabízených služeb programu, 26 dotazovaných respondentů bylo s dostupností spokojeno. Nicméně u časové dostupnosti programu jsem u tří respondentů zaznamenala odpověď typu: „No, mohli byste chodit častěji, myšleno častěji v nočních hodinách.“ Jeden respondent uvedl, že: „Chodíte málo, jednou za týden nestačí, bylo by fajn, kdybyste k nám chodili častěji.“ S místní dostupností byli taktéž všichni dotazovaní spokojeni. Od respondentů vzešel seznam lokalit, které by terénní program mohl navštěvovat častěji. Jednalo se zejména o dopravní uzly hl. m. Prahy – I. P. Pavlova, Můstek a Florenc. Z dalších městských částí se nejvíce opakovala lokalita: Žižkov, Kavčí Hory, Poliklinika Prosek, Kaufland na Střížkově a lokalita v okolí tramvajové zastávky Krejčárek. Spokojenost s časovou a místní dostupností ohodnotili respondenti celkovou známkou 1,1.

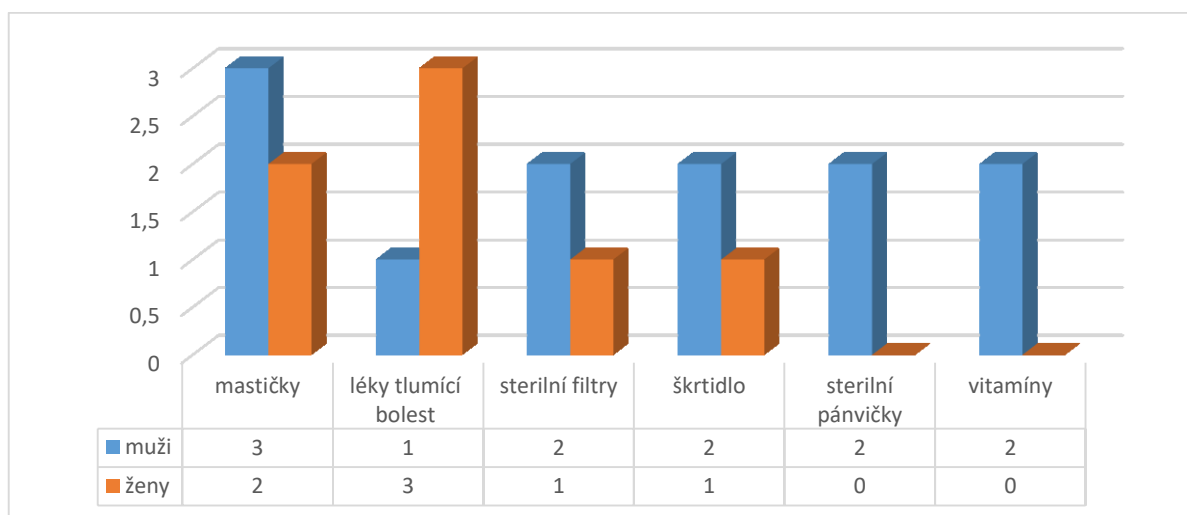
Tabulka č. 6: Spokojenost s místní a časovou dostupností programu.

Kategorie	frekvence odpovědí dle pohlaví	
	muži	ženy
respondenti jsou spokojeni	16	10
spokojeni, ale „mohli byste chodit častěji“	2	1
„chodíte málo, jednou za týden nestačí“	1	0

4. *Odpovídá nabízený HR materiál potřebám klientů? Pokud ne, co klientům v nabídce schází?*

Menší část (11) respondentů je s nabízeným HR materiálem spokojená a nic jim v nabídce neschází. U 19 respondentů byla zaznamenána odpověď, že stávající nabídka poskytovaného materiálu by se mohla vylepšit. Potřeba se objevovala u zdravotnického materiálu, hlavně u absence mastiček a léků na tlumení bolesti. U doplňkového materiálu se objevoval nedostatek šumivých tablet, tzv. „šumáků“ a vitamínů. Z HR materiálu, který je určený pro nitrožilní aplikaci, by respondenti nejvíce ocenili sterilní filtry neboli „sterifiltry“. Jedná se o umělohmotný filtr se speciální membránou, vhodný pro filtrování rozpuštěných tablet Subutexu. Sterifiltry jsou momentálně dostupné pouze ve vybraných K-centrech v Praze, a to za poplatek 5kč. U jednoho respondenta jsem zaznamenala odpověď: „*Je to blbý že, je nemáte. Sterifiltry se totiž nedají ničím jiným nahradit.*“ Dále respondentům v nabídce scházejí sterilní pánvičky, stericupy, tzv. „rozdělačky“, které nejsou terénním programem NO nabízeny. Tři respondenti uvedli, že jim v nabídce schází škrtidlo. Nabízený materiál respondenti ohodnotili celkovou známkou 1,3.

Graf č. 4: Potřeba materiálu při výzkumu v roce 2019, rozděleno dle pohlaví



5. *Jsou klienti spokojeni s personálem programu No Biohazard?*

V celkovém hodnocení personál obdržel od 26 respondentů známku 1, což vypovídá o tom, že z velké části jsou respondenti s personálem spokojeni. Tito respondenti odpověděli, že

pokud dostali od personálu jakékoliv informace, byly jim užitečné. Respondenti poukazovali na to, že terénní pracovníci jsou užiteční, přátelští, empatictí a ochotni respondentům vždy pomoci. Jeden respondent zmínil, že: „*Jste skvělí lidé, co dělají nedoceněnou práci.*“ Z celkového počtu dotazovaných 4 respondenti ohodnotili personál známkou 2. Jeden respondent z této kategorie odpověď zdůvodnil následujícím: „*Terénní pracovníci mi jednou nebyli ochotni vyhovět v moji zakázce.*“ Další odpověď, kterou jsem zaznamenala u hodnocení známkou 2, byla: „*Jednou se mi stalo, že terénní pracovník mě odmítl ošetřit na ulici a odkázal mě do zdravotnického zařízení.*“

Tabulka č. 7: Spokojenost s personálem

kategorie známek	frekvence odpovědí dle pohlaví	
	Muži	ženy
1	16	10
2	3	1
3	0	0
4	0	0
5	0	0

Z tabulky je patrné, že známku 2 uvedlo více respondentů mužů než žen. Zde se mohu domnívat, že tento jev pramení z celkového zastoupení počtu mužů a žen, kteří se výzkumu účastnili.

6. Využívají klienti současně i jiný terénní program? Případně proč jej využívají?

Odpovědi na tuto výzkumnou otázku jsou velmi různorodé. U 17 respondentů jsem zaznamenala reakci, že využívají současně všechny nabízené služby a programy, jedná se tedy o terénní programy, služby K-center i služby sanitky, která je k dispozici tři dny v týdnu v centru Prahy. Mezi těmito respondenty se objevovaly odpovědi typu: „*Chodím často do centra a vždy tam potkám někoho, kdo mi vymění.*“ Nejčastější odpovědí na tuto otázku bylo prohlášení typu: „*Využívám to, co je v centru.*“ Současně jsem měla možnost doptat se, proč respondenti současně navštěvují i K-centrum. Důvodem návštěvy K-centra bylo u 4 respondentů testování na infekční onemocnění. U dvou respondentů návštěva K-centra přichází v úvahu, když nezastihnou pracovníky z terénního programu v centru Prahy. Za nákupem sterifiltrů do K-centra docházejí dva respondenti. Častá odpověď byla návštěva K-centra vzhledem k tomu, že v K-centru je respondentům nabídnut potravinový servis. U dvou respondentů se objevila odpověď, že mají možnost v K-centru využít internet, mohou obdržet oblečení z šatníku a možnost obstarat si doklady za pomoci pracovníků K-centra. Jako hlavní motiv návštěvy K-centra jsem zaznamenala u dvou respondentů větší výměnu použitého injekčního náčiní. Mezi další odpovědi na tuto výzkumnou otázku se řadí odpověď typu „*Nechodím do káčka, využívám pouze terén. Nechci, aby si mě někdo spojoval s fetišákama.*“ Tuto a obdobné formy odpovědí jsem zaregistrovala u 4 respondentů. Zároveň další častou reakcí bylo, že respondenti nevyužívají služby K-centra, ale pouze služeb terénních programů, které docházejí do jejich městské části. „*Jejich*“ městskou částí je myšlena městská část, kde aktuálně pobývají. U dvou respondentů byla odpověď: „*Já nemám velké výměny, a tak využívám pouze terén.*“ Pokud jde o paralelní využívání terénních

programů a sanitky, zaznamenala jsem, že sanitku respondenti využívají z důvodu větší výměny a kvůli možnosti nechat se zde otestovat na infekční onemocnění – odpověděli tak 4 respondenti. U jednoho respondenta jsem zaznamenala odpověď, že injekční materiál si dochází kupovat do nonstop lékáren. U tří respondentů jsem zaznamenala odpověď, že klienti v terénním programu mění injekční materiál i pro své kamarády.

Tabulka č. 8: Výčet kategorií a frekvencí u služeb a programů, které respondenti využívají

výčet kategorií	frekvence odpovědí dle pohlaví	
	muži	ženy
do K-centra docházím protože... poskytují jídlo	2	1
...nápoje	1	1
...testování	2	2
...doklady	1	0
...internet	2	0
...oblečení	0	1
...sterilní filtry	2	0
...když nepotkám nikoho v centru	1	1
...mám větší výměny	2	0
sanitku využívám protože... mám větší výměny	2	0
...poskytují testování	1	1
využívám pouze terénní programy, protože nemám velké výměny	1	1
...nechodím do centra	4	1
... nechci být viděn/a v K-centru	1	3
využívám všechny dostupné služby a programy	6	4
injekční materiál kupuji v lékárnách	2	0
měním nejen pro sebe, ale i pro své známé	2	1

Pozn. Souhrn všech odpovědí nekoresponduje s celkovým počtem dotazovaných respondentů. Je to z důvodu, že odpovědi od respondentů byly obsáhlé a zahrnovaly v některých případech hned několik výše popsanych kategorií. Např. „*Využívám všechny služby, co jsou k dispozici. Takže K-centrum sanitku i terénní programy. Do K-centra však chodím, protože poskytují jídlo a můžu si tam koupit sterilní filtry.*“

10. Výsledky získané z jiných zdrojů

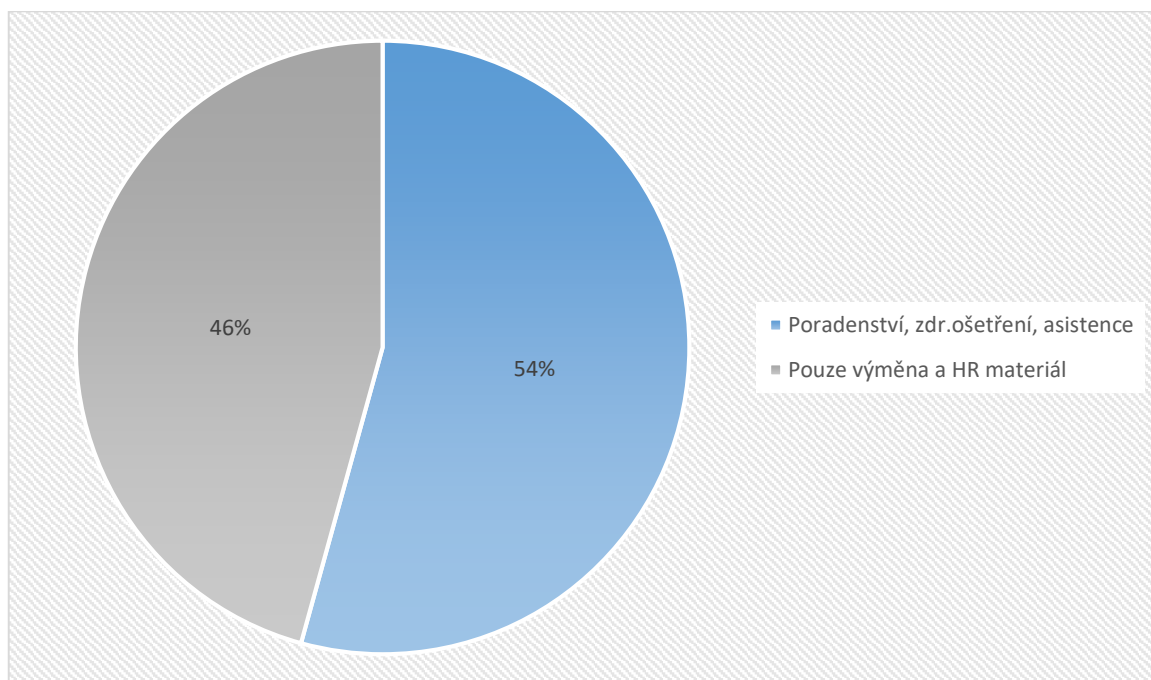
Zde jsou shrnuty výsledky, které jsem získala z dotazníků, jež si personál terénního programu NO provádí každoročně sám, doplněné o výsledky z výročních zpráv organizace Progressive o. p. s. .

Výsledky za rok 2017

V rámci dotazování spokojenosti klientů se výzkumu účastnilo celkem **35 respondentů**. Průměrný věk uživatelů, kteří byli za rok 2017 v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními, byl

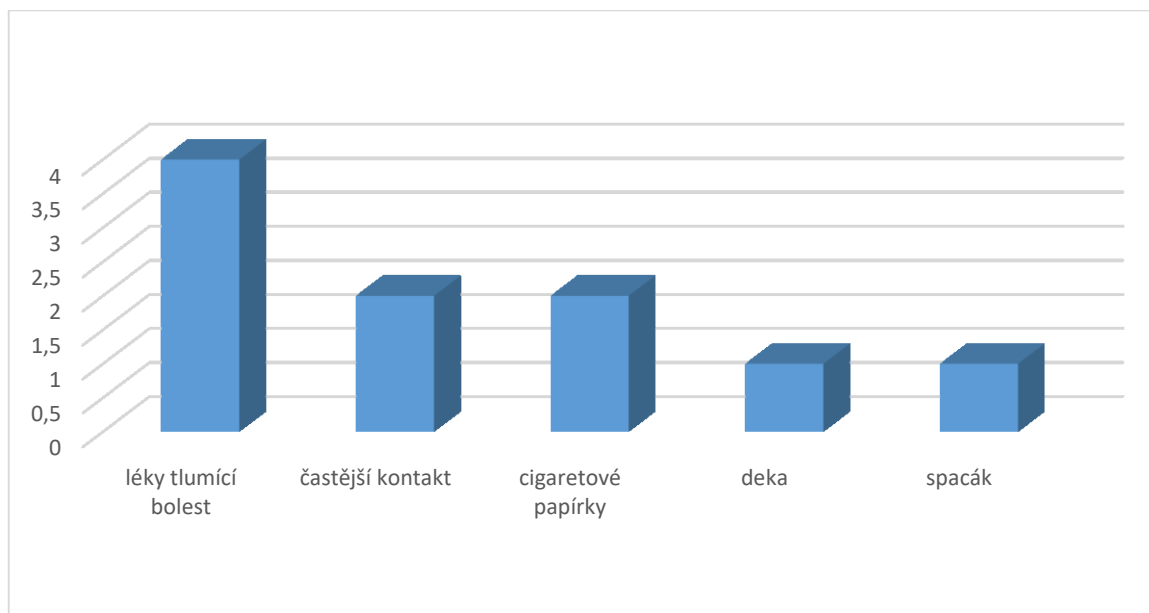
32,2 let (Mravčík et al., 2018). Přičemž celkový počet klientů v roce 2017 byl podle statistiky a kvalifikovaného dohadu 12 111 (Výroční zpráva 2017, 2018). Nejvíce dotazníků bylo vyplněno na MČ Praha 1, za níž následovala MČ Praha 8, dále byla data sebrána v MČ Praha 7 a MČ Praha 4. Přibližně polovina všech respondentů (16) využívala v rámci terénního programu NO pouze služeb výměnného programu a nabídky HR materiálu. Druhá polovina (19 respondentů) pak využívala i služby jiného charakteru jako, je například: poradenství, zdravotní ošetření, asistence atd. Podle výroční zprávy bylo ošetřeno celkem 77 klientů za celý rok 2017 (Výroční zpráva 2017, 2018).

Graf č. 5: Vybrané služby za rok 2017



Co by respondenti od terénních pracovníků **potřebovali** a opakovaně se jim to nedostává, je shrnuto v následujícím grafu. Valná část respondentů (25 respondentů) uvedla, že mají vše a nepotřebují nic navíc. Zbylá část (10 respondentů) uvedla nejčastěji informace o absenci léků na bolest, dva respondenti zmínili poptávku po cigaretových papírákách, taktéž dva respondenti by uvítali častější kontakt na daném místě a v neposlední řadě to byla možnost obstarání deky či spacáku od pracovníků terénního programu.

Graf č. 6: Potřeba materiálu



Jako **místa**, kam terénní program nedosahuje, a zároveň kde by bylo terénních pracovníků potřeba, respondenti v roce 2017 uvedli následující lokality:

Praha 1: centrum v nočních hodinách (1 respondent)

Praha 8: Prosek (1 respondent), Ládví (1 respondent)

Praha 11: Háje (1 respondent)

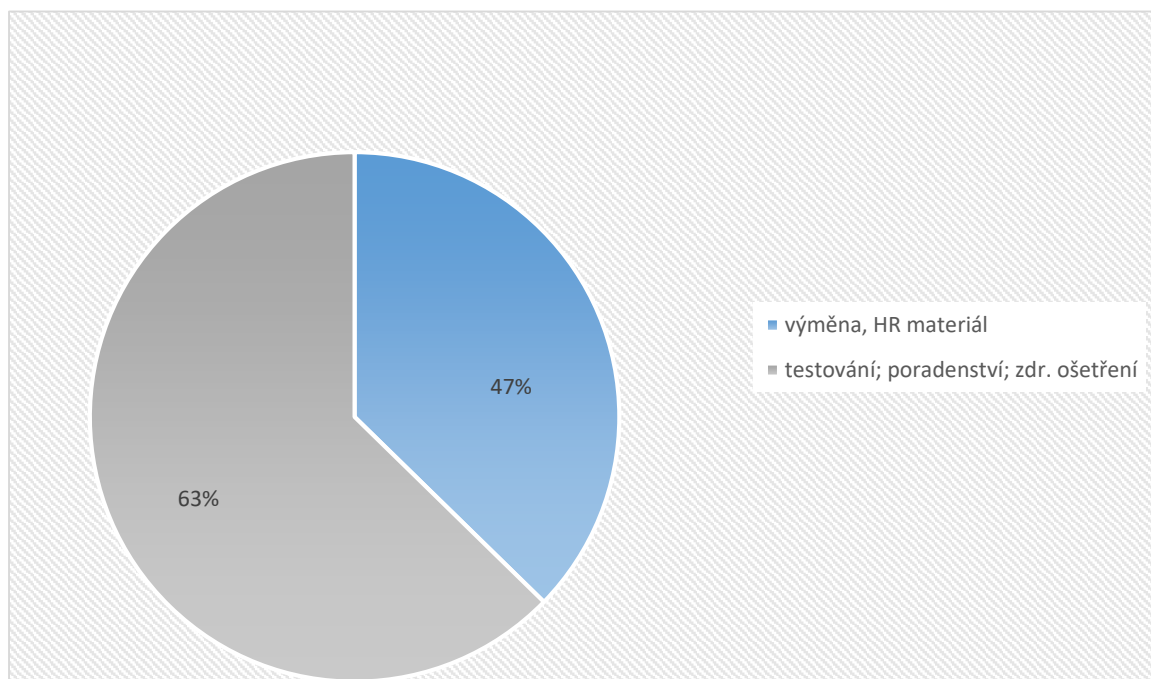
Praha 13: Stodůlky (3 respondenti), Lužiny (2 respondenti)

Celková spokojenost respondentů s terénním programem byla ohodnocena známkou 1,3.

Výsledky za rok 2018

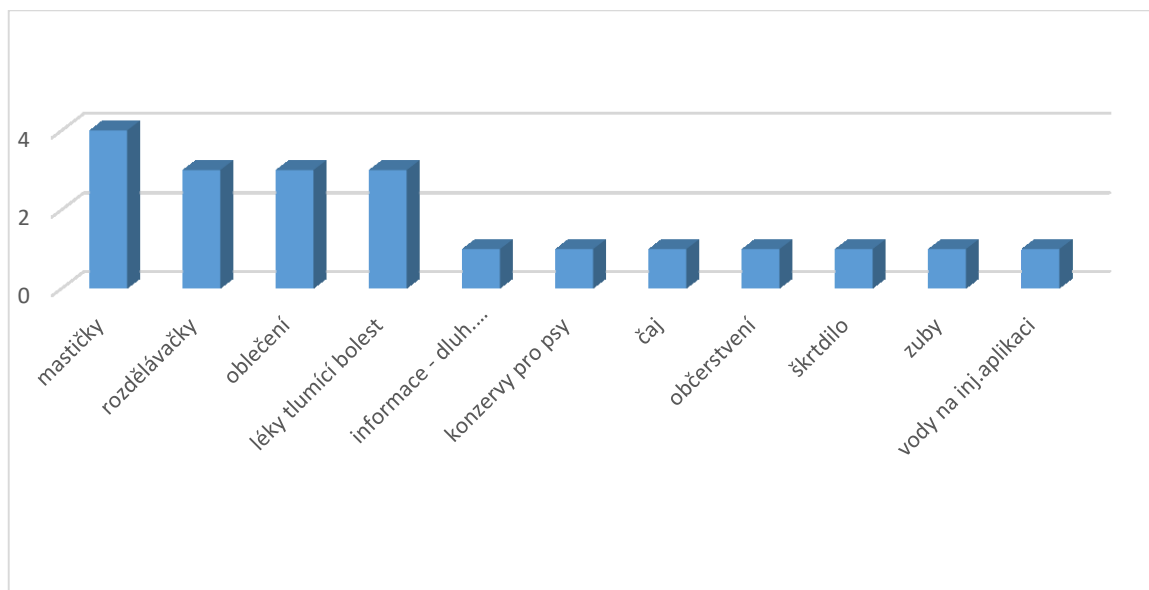
V rámci dotazování po spokojenosti klientů se výzkumu účastnilo celkem **67 respondentů**, přičemž celkový počet klientů v roce 2018 byl podle statistiky a kvalifikovaného odhadu 14 949 (Výroční zpráva 2018, 2019). Průměrný věk respondentů dosáhl **37,5 let**. Nejvíce dotazníků bylo vyplněno v MČ Praha 1, za níž následovala MČ Praha 8, dále byla data sesbírána v MČ Praha 2, 3, 4, 5, 7 a 9. Zkušenost pouze s výměnou HR materiálu jsme zaznamenali u 25 respondentů. 42 respondentů uvedlo, že jim byla poskytnuta alespoň jednou jiná služba, než jen výměna a HR materiál. Z jiné služby se jednalo nejčastěji o testování na infekční onemocnění (5 respondentů), zdravotní ošetření uvedli 4 respondenti a dále to bylo poradenství na téma substituce, poradenství ohledně zaměstnání a case managementu u jednoho respondenta.

Graf č. 7: Vybrané služby za rok 2018



Co by klienti od terénních pracovníků **potřebovali** a opakovaně se jim to nedostává, je shrnuto v následujícím grafu. Většina respondentů (47 respondentů) uvedla, že mají vše a v nabídce nepotřebují nic navíc. Zbývající část respondentů (20 respondentů) uvedlo, že jim v nabídce schází: mastičky – 4 respondenti; rozdělávačky neboli pánvičky – 3 respondenti; nabídka oblečení – 3 respondenti; léky tlumící bolest – 3 respondenti; informace ohledně dlouhového poradenství – 1 respondent; konzervy pro psy – 1 respondent; čaj – 1 respondent; občerstvení – 1 respondent; škrtidlo – 1 respondent; zuby (malé zkumavky pro uchovávání různých druhů léků) – 1 respondent; větší množství vod pro intravenózní aplikaci – 1 respondent.

Graf č. 8: Potřeba materiálu



Jako **místa**, kam pracovníci terénního programu nedochází, a zároveň kde by bylo terénních pracovníků potřeba, respondenti v roce 2018 uvedli následující lokality:

Praha 2: Karlovo náměstí v nočních hodinách (2 respondenti), Tylovo náměstí (1 respondent)

Praha 4: Spořilov – Kaufland (1 respondent)

Praha 6: Dejvice – kulaťák (1 respondent)

Praha 7: Plynární ulice (1 respondent)

Praha 8: Palmovka (1 respondent), Karlín (1 respondent), Florenc (1 respondent), Sídliště Ďáblice (1 respondent)

Praha 9: Prosek (3 respondenti), Střížkov (1 respondent), Čakovice (1 respondent)

Praha 10: Depo Hostivař (1 respondent), Vršovice (1 respondent)

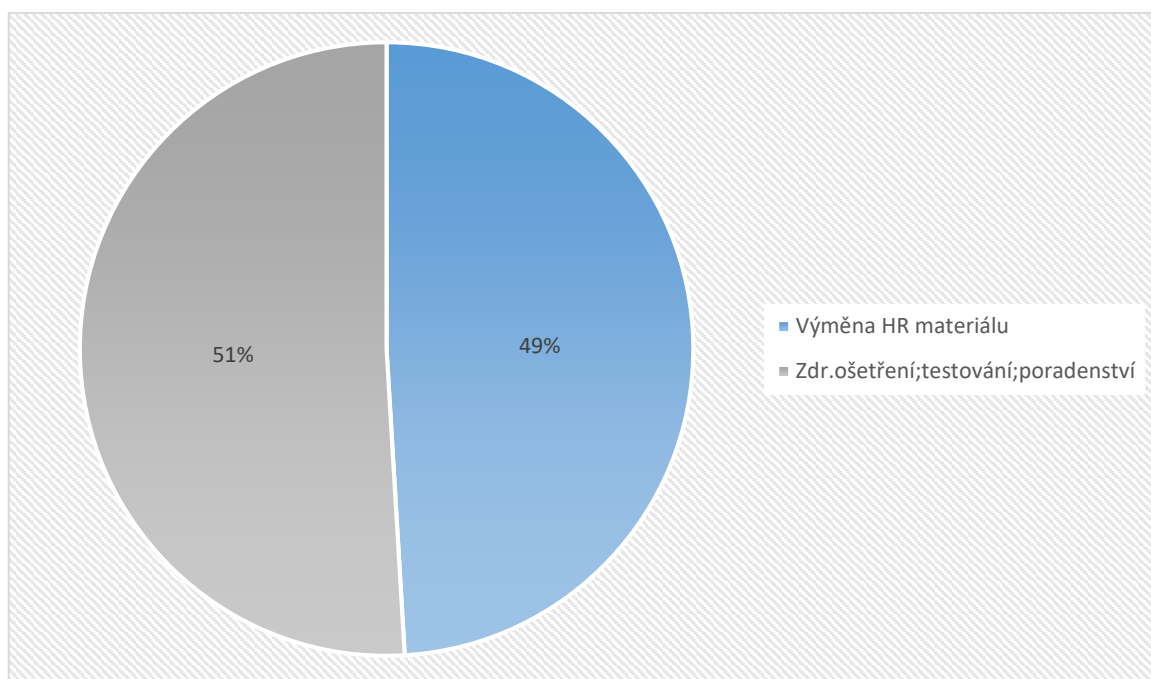
Praha 18: Letňany (1 respondent)

Celková spokojenost respondentů s terénním programem byla ohodnocena známkou 1,3 stejně jako v roce 2017.

Výsledky za rok 2019

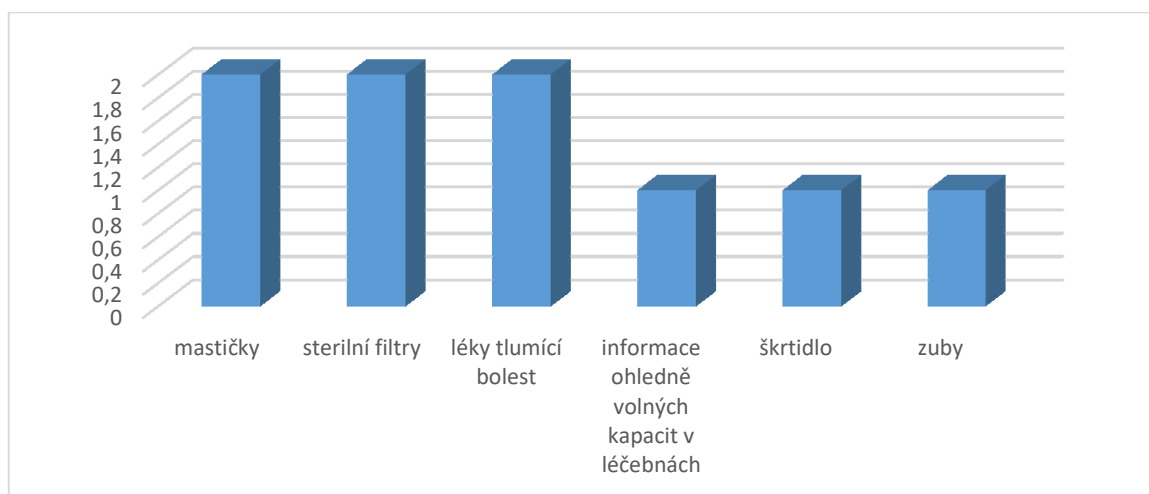
Výzkumu spokojenosti se v roce 2019 účastnilo celkem **53 respondentů**. Průměrný věk celého souboru respondentů dosáhl **35 let**. Nejvíce dotazníků bylo vyplněno na MČ Praha 1, za níž následovala MČ Praha 8, dále byla data sesbírána v MČ Praha 2, 4, a 7. Zkušenost pouze s výměnou HR materiálu jsme zaznamenali u 26 respondentů. 27 respondentů uvedlo, že jim byla poskytnuta alespoň jednou jiná služba, kromě výměny HR materiálu. Z jiné služby se objevovalo nejčastěji zdravotní ošetření – 4 respondenti, testování uvedli 3 respondenti a dále to bylo poradenství blíže – nespecifikováno u 2 respondentů.

Graf č. 9: Vybrané služby za rok 2019



Co by klienti od terénních pracovníků **potřebovali** a opakovaně se jim to nedostává, je shrnuto v následujícím grafu. Větší část respondentů (43 respondentů) uvedla, že mají vše a v nabídce jim nic neschází. Zbýlá část respondentů (10 respondentů) uvedlo, že jim v nabídce schází: mastičky – 2 respondenti, sterilní filtry – 2 respondenti, léky tlumící bolest – 2 respondenti, informace ohledně volných kapacit v léčebných zařízeních – 1 respondent, škrtidlo – 1 respondent, zuby – 1 respondent.

Graf č. 10: Potřeba materiálu a informací



Jako **místa**, kam pracovníci terénního programu nedochází, a zároveň kde by bylo terénních pracovníků potřeba, respondenti v roce 2018 uvedli následující lokality:

Praha 2: I. P. Pavlova (1 respondent)

Praha 3: Žižkov, ul. Husitská (1 respondent), Na Ohradě (1 respondent), Olšanské náměstí (1 respondent), Krejčířka (1 respondent)

Praha 4: Nusle, Synkovo náměstí v odpoledních hodinách (1 respondent), Braník (1 respondent)

Praha 5: Anděl (1 respondent)

Praha 6: Červený Vrch (1 respondent)

Praha 7: Most Barikádníků (1 respondent)

Praha 8: Kobylisy (2 respondenti), Na Šutce (1 respondent), Palmovka – naproti Kauflandu (1 respondent), Karlínský tunel (1 respondent), Florenc (1 respondent)

Praha 9: Střížkov (1 respondent), Prosek – park Přátelství, poliklinika (1 respondent)

Praha 14: Sídliště Hloubětín – ubytovna (1 respondent)

Praha 20: Horní Počernice (1 respondent)

Celková spokojenost respondentů s terénním programem byla ohodnocena známkou 1,2.

11. Souhrnné srovnání výsledků z proběhlých výzkumů v letech 2017–2019

Zde budou v ucelené formě uvedeny souhrnné výsledky výzkumů spokojenosti, které se konaly v rozmezí let 2017–2019, doplněné výsledky z mého výzkumu z roku 2019.

Celkem se výzkumů na téma „spokojenost“ zúčastnilo **185 respondentů**, a to včetně respondentů z tohoto výzkumu. Průměrný věk respondentů se pohyboval v rozmezí 32–37 let. Tento průměrný věk koresponduje s průměrným věkem uživatelů návykových látek dle Výroční zprávy za rok 2018 (Mravčík et al., 2018). Z celkového počtu 185 respondentů se výzkumů zúčastnilo 69 žen a 116 mužů.

Nejvíce dotazníků bylo vyplněno s respondenty v městské části Prahy 1. Celkový počet zde činil 71 dotazníků. Následovala městská část Prahy 8, kde bylo s respondenty vyplněno celkem 51 dotazníků. Pro přehlednost zde uvádím tabulku jednotlivých městských částí hl. m. Prahy, kde výzkum probíhal, a odpovídající počty dotazníků v jednotlivých městských částech vyplněných v letech 2017–2019.

Tabulka č. 9: Počty vyplněných dotazníků dle jednotlivých městských částí – v letech

městská část	dotazníky spokojenosti od organizace Progressive v letech			evaluace spokojenosti
	2017	2018	2019	2019
Praha 1	18	22	28	3
Praha 2	0	1	4	5
Praha 3	0	1	0	0
Praha 4	4	5	5	5
Praha 5	0	1	0	0
Praha 6	0	0	0	0
Praha 7	5	14	4	5
Praha 8	8	21	12	10
Praha 9	0	2	0	2
respondenti celkem	35	67	53	30

Tabulka č. 10: Počty vyplněných dotazníků dle jednotlivých městských částí – celkově

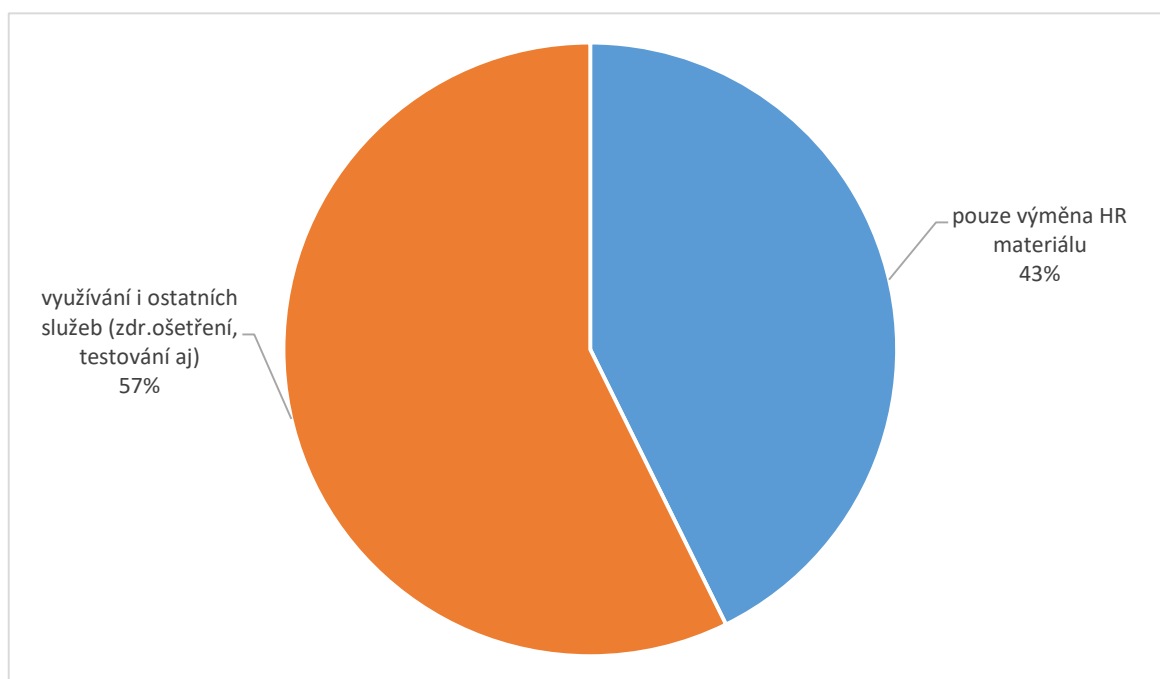
městská část	počty vyplněných dotazníků
Praha 1	71
Praha 2	10
Praha 3	1
Praha 4	19
Praha 5	1
Praha 6	0
Praha 7	28
Praha 8	51
Praha 9	4

Zde uvádím tabulku, kde je zobrazeno využívání jednotlivých služeb terénního programu v letech 2017 – 2019. Kromě základní intervence, kterou je výměna HR materiálu, jsou zde vyčísleny také další služby, které respondenti využívají. Tyto „ostatní“ služby nejsou už však blíže specifikovány do jednotlivých kategorií, protože data k podrobnějším intervencím neměl výzkumník k dispozici. Mohou zahrnovat např. zdravotní ošetření, testování na infekční onemocnění či poradenství na dané téma.

Tabulka č. 11: Využívání služeb terénního programu – v letech 2017-2019

výzkumy v letech	pouze výměna HR materiálu	ostatní služby
2017	18	17
2018	25	42
2019	26	27
evaluace spokojenosti 2019	10	20
celkem	79	106

Graf č. 11: Využívání služeb terénního programu celkově v letech 2017–2019



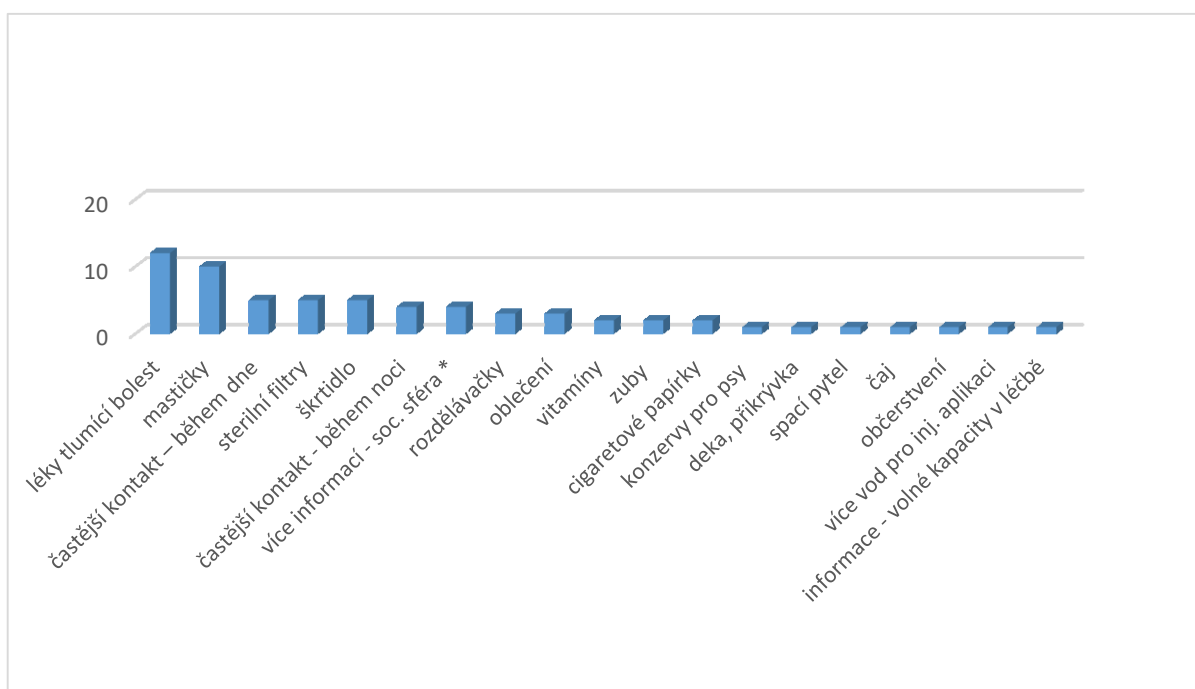
Co by klienti **potřebovali** od terénního programu a opakovaně se jim toho nedostává je uvedeno v následující tabulce a názorně v grafu:

Tabulka č. 12: Potřeba materiálu souhrnně v letech 2017-2019

kategorie	počet respondentů
léky tlumící bolest	12
mastičky	10
častější kontakt – během dne	5
sterilní filtry	5
škrtidlo	5
častější kontakt – během noci	4
více informací - soc. sféra *	4

stERICUPY „rozdělávačky“	3
oblečení	3
vitamíny	2
zuby	2
cigaretové papírky	2
konzervy pro psy	1
deka, přikrývka	1
spací pytel	1
čaj	1
občerstvení	1
více vod pro inj. aplikaci	1
informace – volné kapacity v léčbě	1

Graf č. 12: Potřebnost materiálu souhrnně v letech 2017 – 2019



* U vyšší potřeby informací v sociální sféře, je myšlena zejména oblast dluhového poradenství, sociálních dávek, informace ohledně soudních řízení, probačních a mediačních pracovníků.

U **místní dostupnosti** terénního programu se některé lokality během let opakovaly. Šlo především o městské části Prahy 9, Prahy 8 a Prahy 3. Přední místo zaujímala městská část Prahy 9, a to v okolí lokality Prosek a Střížkov. U **časové dostupnosti** terénního programu mám data získaná pouze z výzkumu „evaluace spokojenosti“ protože přímá otázka na časovou dostupnost nebyla zahrnuta v dotaznících, které si organizace prováděla sama. Vyhovující časovou dostupnost uvedlo 26 respondentů, podrobnější data jsou popsána ve výsledcích evaluace spokojenosti.

Celková spokojenost respondentů v letech 2017 – 2019 s terénním programem byla ohodnocena známkou 1,2.

IV. DISKUZE

Výzkum byl proveden kvalitativní i kvantitativní formou. Tento typ výzkumu byl zvolen s ohledem na cíl výzkumníka, kterým byla identifikace a interpretace spokojenosti s intervencemi všech respondentů, jejichž se daná problematika týká. Výzkum měl být zároveň také nápomocným k získání reprezentativních dat a ujištění se o tom, zda jsou nabízené intervence programu NO dostačující.

Data, která jsem získala z teoretické části, přinášejí souhrn dostupných informací o problematice užívání návykových látek v České republice. V České republice je užívání návykových látek ve společnosti stále aktuálním a velkým problémem. Největší koncentrace problémových uživatelů drog je v hl. m. Praze. Proto také v Praze najdeme největší zastoupení adiktologických služeb v České republice, které se věnují této cílové skupině. Uživatelé návykových látek tyto služby využívají, protože vědí, že jsou v těchto institucích vítáni, jsou v nich pro ně vhodné podmínky včetně tolerantního personálu, který je ochotný s nimi řešit jejich aktuální, a ne vždy příznivou životní či sociální situaci. Z výroční zprávy (Mravčík et al., 2018) je patrné že, ve srovnání s předchozími lety, se odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu a opioidů na území hl. m. Prahy mírně zvyšuje, stejně tomu tak je i v ostatních krajích na území celé České republiky. Problémových uživatelů drog, kteří se pohybují na území hl.m.Prahy, je za rok 2017 odhadováno na 16 200. Nízkoprahové služby v Praze jsou v kontaktu až s 80 % problémových uživatelů drog. V Praze přitom nalezneme 3 kontaktní centra a 4 terénní programy (Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v hlavním městě Praze za rok 2017, 2018). Z výše uvedeného je zřejmé, že kapacita kontaktních center je dlouhodobě naplněna a ani v posledním roce se nepodařilo zajistit rozšíření těchto služeb do dalších lokalit. Otázkou tedy zůstává, proč se nepodařilo rozšířit stávající síť těchto služeb, když poptávka po službách je zřejmá a evidentní. S rostoucím věkem klientů přibývá také více žádostí o sociální služby a základní zdravotní pomoc či ošetření. Za nedostačující se považuje také dostupnost zdravotní péče o uživatele drog. Zde mluvíme o péči chirurgické, stomatologické, gynekologické a dermatovenerologické (Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v hlavním městě Praze za rok 2017, 2018). Za alarmující pokládám fakt, že nedostupnost včasné léčby somatických onemocnění může způsobit prohloubení zdravotních komplikací, a tím se zvyšují náklady na jejich následnou léčbu.

V diskuzi jsem se dále zabývala jednotlivými tématy a specifiky odpovědí od respondentů. Jistou pluralitu odpovědí můžeme vidět u nedostačujícího harm reduction materiálu, který terénní program nabízí, a lokalit, jež by mohli pracovníci terénního programu navštěvovat.

Průměrný věk respondentů ve výzkumu byl 35 let. V posledních letech přetrvává trend stárnutí v drogové populaci, přičemž podle výroční zprávy (Mravčík et al., 2018) průměrný věk klientů v kontaktních centrech se pohybuje kolem 32 let. Věkový rozdíl je minimální a mohl vzniknout na základě odlišných věkových kategorií respondentů. Zajímavý je

ukazatel věku v jednotlivých k-centrech na území hl. m. Prahy. Kontaktní centrum Sananim, které sídlí na Praze 5 – Na Skalce, uvádí, že průměrný věk klientů kontaktního centra za rok 2017 byl 34 let (Výroční zpráva Sananim 2018, 2019). Kontaktní centrum Drop-in ve své výroční zprávě uvádí, že průměrný věk jejich klientů je 40 let (Výroční zpráva Drop-in 2018, 2019). Kontaktní centrum Drop-in je nejstarším a nejznámějším kontaktním centrem, které se nachází v centru Prahy. Jelikož je toto centrum prvním kontaktním centrem, které působilo a stále působí na území hl. m. Prahy, má svou specifickou „starší“ klientelu. Tato klientela jej využívá od počátku fungování až dodnes, a tím se potvrzuje vyšší průměrný věk klientů.

Za **nejčastější užívanou drogu** respondenti ve výzkumu označili metamfetamin, což odpovídá jak statistikám výroční zprávy (Mravčík et al., 2018), tak i statistikám výročních zpráv jednotlivých k-center se sídlem v Praze. Podíl injekčních uživatelů drog mezi klienty nízkoprahových zařízení se dlouhodobě pohybuje okolo 80 % (Mravčík et al., 2018).

Stěžejním tématem byla **spokojenost klientů s nabízenými intervencemi**. Nejčastější intervencí, kterou respondenti využívají, je bezesporu výměna injekčního materiálu. Toto tvrzení dokazuje skutečnost, že injekční uživatelé drog, kteří byli v roce 2017 v kontaktu s nízkoprahovými službami, si průměrně vyměnili 199 kusů injekčního náčiní v přepočtu na jednoho klienta. Od roku 2005 můžeme v Praze monitorovat zvyšující se trend distribuce injekčních setů (Mravčík et al., 2018), což může jistým způsobem vypovídat o méně rizikovém chování uživatelů drog. Stejně tak i z Analýzy potřeb klientů nízkoprahových zařízení (Šťastná, 2010) vyplývá, že klienti využívají nízkoprahová centra především z důvodu výměny injekčního materiálu. Současně i autoři výzkumu v Praze (Miovská et al., 2005) uvedli, že klienty láká do nízkoprahových center právě již výše zmiňovaná výměna injekčního materiálu. I tento výzkum potvrzuje stejný závěr, nicméně ve výzkumu jsem zaznamenala odpověď, že respondenti si injekční materiál kupují i v lékárnách což svědčí o tom, že uživatelé drog využívají i jiné než nízkoprahové služby k potřebě čistých injekčních setů či stříkaček. V roce 2003 probíhal na území hl. m. Prahy výzkum (Miovská et al., 2005), ve kterém všichni klienti uvedli, že injekční materiál si kupovali současně i v lékárnách. V tomto případě to může poukazovat na fakt, že v roce 2003 nebyly nízkoprahové služby ještě tak rozšířeny, jako je tomu v dnešní době (např. terénní programy působící o víkendech, či noční terénní programy). Dokazuje to historie terénního programu NO, která zmiňuje skutečnost, že do roku 2003 nefungovala žádná organizace na území hl. m. Prahy, která by provozovala výměnu injekčního materiálu během víkendů (Operační manuál, 2015). Nicméně v České republice doposud nefunguje žádný národní program výměny injekčního materiálu v lékárnách. Každá lékárna v České republice přistupuje k distribuci injekčního materiálu individuálně. V lékárnách jsou injekční jehly a stříkačky běžně k prodeji a odhadem se ročně prodá v lékárnách přibližně 1,5 mil. stříkaček právě uživatelům drog (Gabrhelík, Miovský & Mravčík, 2008). V Belgii a Lucembursku můžeme pozorovat mnohem efektivnější zapojení lékáren do systému harm reduction (NTA, 2010). Veřejné lékárny jsou zde velmi dobře propojeny se službami protidrogové péče a probíhá zde nejen výměna jehel, ale i odborné harm reduction výkony jako poskytnutí základních informací ohledně injekčního UD. Z příkladu těchto zemí vidíme, že systém funguje, a mohli bychom se těmito zeměmi inspirovat.

Další nejčastější intervencí, kterou respondenti využívají, je poradenství na zvolené téma či zdravotní ošetření. Všichni respondenti uvedli, že veškeré informace, které jim byly

poskytnuty, jim byly užitečné a přínosné. Z výsledků vyplývá, že respondenti mají informace o poskytovaných intervencích, vědí, jaké intervence a služby jim pracovníci terénního programu nabízejí či poskytují, a převážná část je s nimi spokojena. V tom se odráží také statistiky terénního programu NO, a to v počtu vykonaných zdravotních ošetřeních či krizových intervencí.

Dalším téma, na které jsem se ve výzkumu zaměřila, bylo **zlepšení stávajících intervencí**. Z realizovaných výzkumů je evidentní, že respondenti jsou s komplexností nabízených služeb spokojeni. Nicméně jednotlivé aspekty by vylepšili, zejména ty, co se týkají nabízeného HR materiálu. Ve výroční zprávě (Mravčík et al., 2018) najdeme, že nízkoprahové programy nabízejí jako alternativu injekčního užívání také aluminiové fólie (určené ke kouření heroinu) a želatinové kapsle (určené k perorální aplikaci především metamfetaminu). Želatinové kapsle distribuuje téměř 90 nízkoprahových programů v České republice. Ve výzkumu se objevovala potřeba sterilních filtrů, které program NO klientům nenabízí. Tento jev může vypovídat o tom, že respondenti přikládají důležitost tomu, jak si co nejbezpečněji dávku aplikovat. Názorně to dokazuje i výpověď jednoho respondenta: „*Sterifiltry se nedají prostě ničím jiným nahradit.*“ Může to také poukazovat na skutečnost, že klienti se stávají zodpovědnějšími a používají pouze svůj vlastní filtr, protože vědí, že i sdílení filtrů je riskantní a je zde riziko přenosu infekčního onemocnění. Výhodou u sterilních filtrů vidím v tom, že už nepotřebují žádnou další manipulaci na úpravu do požadované velikosti. Jsou vyrobeny z nelámavých vláken a díky tomu, že se s ním nemusí už dále manipulovat, nedochází tak k dalšímu znečištění. Při inovaci inventáře nabízeného HR materiálu programu NO bych doporučila tuto nabídku zvážit, zavedení se mi jeví jako potřebné a nenahraditelné. Stejně tomu je v případě, kdy jsem se od respondentů dozvěděla, že by ocenili více vod, které jsou určené k intravenózní aplikaci. V době výzkumu pracovníci distribuovali 1 vodu určenou k intravenózní aplikaci na 3 injekční stříkačky. Domnívám se, že nejvhodnější sterilní vodou pro použití k intravenózní aplikaci je čerstvě otevřená ampule (nejlépe 5 ml). Všechna nepoužitá zbylá voda v ampuli by měla být vyhozena, což se v praxi neděje, a uživatelé ji používají k dalším aplikacím. Je proto vhodné uživatelům drog neustále připomínat a edukovat je, že i ampule s vodou může být přenašečem bakterie ze vzduchu. Jako chybějící materiál respondenti dále uváděli léky na tlumení bolesti a často si žádali také mastičky. Léky na tlumení bolesti bych do doporučeného inventáře nezařadila, neboť valná část klientů je stále intoxikována a léky užívají ke zmírnění abstinenčních příznaků. Uživatelé si často stěžují na bolesti hlavy, zubů a místo toho, aby problém řešili, raději sáhnou po lécích na tlumení bolesti. V lepším případě jim léky vůbec neúčinkují (z důvodu intoxikace) nebo se projeví nevolnost, zvracení či neschopnost koncentrace. V opačném případě je zde riziko, při kterém může nastat i život ohrožující stav. Takovým případem může být útlum dechového centra při kombinaci opioidů a tlumivých léků. Za důležitý bod považuji neustále uživatele edukovat o tom, že jejich zdravotní stav (převážně játra) je nemálo zatěžován samotným užíváním NL a v kombinaci s užíváním analgetik si mohou přivodit závažnější zdravotní komplikace. V neposlední řadě je důležité také zmínit, že léky tlumící bolest spadají do skupiny analgetik, tedy léků s potencionálním rizikem závislosti. Další nejčastější odpovědí byla absence mastiček pro následné použití. Mastičky všeobecně jsou bezesporu výborné a mnohým klientům jistě vyléčily spousty boláků a nepříjemných zánětů. Nesmíme však zapomínat, že léčba je účinná jen v případě, kdy víme, jaký druh mastičky na daný problém použít. Když se mastička aplikuje na nesprávné místo, může klienty řádně potrápit a zánět se může rozšířit. Z tohoto důvodu se domnívám, že terénní

pracovníci vědí, proč mastičky nedávat např. na sterilní čtverec, aby si jej klienti odnesli s sebou a aplikovali, až oni uznají za vhodné. Tato situace je podle mého názoru správně vyřešena tím, že terénní pracovníci jsou ochotni klienta ošetřit na ulici (v terénu) a sami (za pomoci sterilních rukavic) klientům bolák či zánět ošetří. Udělají si pro tento úkon patřičné a v rámci možností sterilní prostředí, které by si sám klient pravděpodobně neudělal (pracovníci použijí na ošetření sterilní rukavice a dezinfekční přípravek). Pracovníci terénního programu také vědí, jaký typ mastičky na daný zdravotní problém mají použít. Z čehož plyne, že kdyby se klientům mastičky „rozdávaly“, mohli by je klienti použít i na jiný problém, než na který je mastička určena. Další položkou z chybějícího inventáře, respondenti uváděli absenci škrtidla. Sama jsem se často setkala s tím, že uživatelé návykových látek k intravenózní aplikaci nepoužívají na zaškrcení ruky nic. V ojedinělých případech se však jedná o jakoukoliv věc, co má uživatel právě při ruce. Mnohdy se jedná o tkaničku z bot nebo kabel od nabíječky. Respondenti, kteří uvedli v rámci výzkumu absenci škrtidla, mohou mít při aplikaci problémy najít žílu, a proto škrtidlo vidí jako nedílnou součást jejich vybavení. Škrtidlo by tak klientům ulehčilo přístup k žíle, a tím by se následně snížilo i riziko zdravotního poškození, které z injekční aplikace plyne (snadnější proniknutí jehly méně poškozuje jak samotnou žílu, tak i okolní tkáň). Při distribuci škrtidla by však terénní pracovníci neměli zapomínat všechny uživatele návykových látek edukovat o jeho použití. Další kategorií byla **místní a časová spokojenost** s terénním programem. Na základně výzkumné otázky na místní dostupnost terénního programu vznikl seznam míst a lokalit, které respondenti uvedli. V průběhu let se některé lokality opakovaly. Nejčastější frekvence byla zaznamenána u městské části na Prahy 9 v okolí Střížkova a Proseku. Mezi další městské části patřila Praha 8 a Praha 3. Podrobný výčet všech lokalit, které respondenti v průběhu let 2017 – 2019 uvedli, nalezneme v příloze č. 6 této práce. Časová dostupnost terénního programu byla vyhovující. Kritika ohledně časové dostupnosti se zaměřovala na častější kontakt, a to především ve večerních a nočních hodinách. Dalším cílem bylo zjistit, jak jsou respondenti **spokojeni s personálem** terénního programu. Data z výzkumu poukazují na velkou spokojenost s personálem, všemi respondenty byli hodnoceni velmi pozitivně. Od všech respondentů byla zmiňována profesionalita, jistá míra velké empatie, zájem o klienty, vstřícnost a ochota pomáhat. Nikdo z respondentů nevyslovil vůči personálu jakoukoliv kritiku jeho práce ani svých práv. Posledním cílem bylo zjistit, zda respondenti **využívají současně i jiný program** a pokud ano, tak z jakého důvodu jej využívají. Z dat vyplývají výsledky, které jsem se pokusila rozdělit do jednotlivých kategorií. První kategorií jsou respondenti, kteří využívají všechny dostupné programy, tedy terénní programy, nízkoprahová centra i mobilní sanitku od organizace Sananim. Přičemž kontaktní centrum respondenti využívají nejčastěji vzhledem k využití potravinového servisu, možnosti se připojit na internet a nechat se otestovat na infekční onemocnění. Řada respondentů uvedla návštěvu kontaktního centra či sanitky z důvodu větší výměny použitého injekčního materiálu. Tím se potvrzuje, že respondenti jsou informováni, o vhodnosti informovat s většími počty použitého injekčního materiálu právě tyto instituce. Další kategorií jsou respondenti, kteří využívají pouze služeb terénních pracovníků. Na základně mapování se mohu domnívat, že respondenti nevyužívají ostatní služby z důvodu stigmatizace, nechťejí být viděni v okolí nízkoprahových center a v centru města, kde se pohybuje valná část uživatelů drog. Hartl a Hartlová (2010) ve svém slovníku definují stigmatizaci jako: „*Společenský předpoklad vůči někomu, jemuž jsou přisuzovány záporné vlastnosti, předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisuzováno jedinci, skupině nebo organizaci.*“ (Hartl & Hartlová, 2010; str.553). U těchto respondentů se tak může jednat

o sebestigmatizaci, která má za následek, že se vyhýbají místům s větší koncentrací UNL, vyhýbají se léčbě a mohou cítit i překážky v oblasti vyhledávání zdravotní či sociální pomoci. Když se tedy stigma přenáší na služby a místo, kde jsou služby poskytovány, mluvíme tak o prostorové stigmatizaci (Sibley, 1995). Příkladem prostorové stigmatizace může být nízkoprahové kontaktní centrum Sananim, jež se nachází na Praze 5. Neutěšená situace okolních obyvatel, kteří mají starosti o osobní bezpečí a zdraví. Obyvatelé mohou vnímat zhoršenou kvalitu života v daném místě. Takahashi (1997) tento jev popsal jako odpor určité komunity vůči umístění kontroverzního zařízení (Takahashi, 1997). Klienti se tak ocitají ve znevýhodněném postavení kvůli stigmatizaci ze strany většinové populace, proto je v terénním programu důležité vytvořit podmínky, aby se klienti cítili dobře. Pracovníci toho mohou dosáhnout pomocí svého empatického přístupu a nemoralizováním samotných uživatelů drog.

V. ZÁVĚR

Ve výzkumu se zjišťovaly informace, které úzce souvisejí s chodem terénního programu NO. Obdobné dotazníky si organizace zajišťuje každým rokem sama. Evaluace spokojenosti přinesla odpovědi na výzkumné otázky a nabídla tak úhel pohledu od respondentů na jednotlivé intervence terénního programu. Cílem výzkumu bylo zmapování míry spokojenosti se službami, nabízenými intervencemi a personálem terénního programu. Dílčím cílem bylo zjistit, jak by se daly jednotlivé aspekty služby vylepšit, případně doplnit, tak aby byla cílová skupina spokojena. Jedním z dalších cílů bylo vytvoření seznamu doporučení a návrhů, jaké aspekty služby by klienti terénního programu uvítali, tak aby jejich spokojenost byla naplněna. Teoretická část této práce se zabývala PUD v rámci celé České republiky i se zaměřením na hl. m. Prahu. Praktická část této práce byla realizována za pomoci vlastního dotazníkového šetření s respondenty. Analýza dat byla provedena s využitím otevřeného kódování, barvení textu, kategorizování, výčtu jednotlivých kategorií a jejich frekvence. Výsledky byly vyhodnoceny pomocí deskriptivní statistiky. Výzkumná data byla zpracována pomocí metody zakotvené teorie. Na samotném začátku výzkumu jsem si kladla výzkumné otázky, na které se podařilo odpovědět. Jak jsou respondenti spokojeni s komplexností poskytovaných intervencí a jestli nabízené intervence odpovídají jejich potřebám? Nabízené intervence jsou pro všechny respondenty atraktivní a považují je za kompletní a vyhovující. Respondenti rádi využívají služby výměny harm reduction materiálu, ale také pomoc od pracovníku v podobě poradenství na dané téma či zdravotního ošetření. Co respondenti na poskytovaných intervencích oceňují? A co by v programu zdokonalili, byla další otázka, kterou jsem si kladla. Respondenti se jednohlasně shodli na tom, že z nabízených intervencí oceňují všechny, a žádná z intervencí neměla dominantní zastoupení. Co se týče zdokonalování programu, respondenti nejčastěji mluvili o absenci zdravotnického materiálu a v některých případech jim chybí konkrétní informace na dané téma. Jednalo se o trestně právní informace, které může blíže poskytnou např. právní poradna, kam jsou klienti terénního programu NO odkazováni. Taktéž sociální poradenství poskytne např. příslušný sociální kurátor. Další cíl se zabýval místní a časovou dostupností programu. Všichni respondenti označili nízkoprahové služby za dostupné a s časovou dostupností programu jsou spokojeni. Objevilo se však několik odpovědí s vylepšením noční

působnosti programu a tím častějšího kontaktu. Místní dostupnost byla také považována za dostačující, přesto vznikl od samotných respondentů ucelený a přehledný seznam míst a lokalit, kam by stálo za pokus s terénním programem zavítat a v lokalitě provést monitoring drogové scény. U dalšího cíle jsem zjišťovala, jak nabízený HR materiál odpovídá potřebám respondentů. Odpovědi se soustředily převážně na zdravotnický materiál. Z nejfrekventovanějších odpovědí to byla absence mastiček s použitím až po ukončení kontaktu, dále se jednalo o absenci léků na bolest, sterilních filtrů a pánviček či škrtidel. Ve výzkumu mě také zajímal pohled na spokojenost s personálem terénního programu. Personál byl respondenty vnímán celkově velmi pozitivně, jako empatický a profesionální. Ve výzkumu jsem se zaměřila také na to, zda respondenti využívají současně i jiné terénní programy. Zajímal mě také důvod využívání více služeb a programů. Využívání jednotlivých programů různých organizací bylo hodnoceno různě, dle individuálních preferencí každého respondenta. Převážná část respondentů se však shodla v tom, že využívají právě takový program a služby, které jsou jim na blízku a v jejich okolí.

Data z mého výzkumu mohou být užitečná terénnímu týmu jako vodítko pro optimalizaci programu. V rámci programu tak doporučuji zohlednit mé výsledky při případných aktualizacích a inovacích stávajícího programu. Pro zisk ještě rozšiřujících a doplňujících informací bych doporučila zopakování evaluace například v zimních měsících, kde by se mohlo mapovat, jak se spokojenost respondentů mění v průběhu času a v jiném klimatu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Barták, M. (2010). *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR.
- Broža, J. (2003). *Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na kontaktní a terénní práci)*. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Corbinová, J. & Strauss, A. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Nakladatelství Albert.
- Council of the European Union (2003). 'Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence', *Official Journal of the European Union* 3 Jul, L165 (46). Available at <http://eur-lex.europa.eu/JOHtml.do?uri=OJ:L:2003:165:SOM:EN:HTML>.
- Chitwood, D. D., Comerford, M., & McCoy, H. V. (2002). Satisfaction with access to health care among injection drug users, other drug users, and nonusers. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 29, 189-197.
- Detels, R., McEwen, J., Beaglehole, R. & Tanaka, H. (2005). *Oxford Textbook of Public Health*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- Elich, A. (1993). *Streetwork v Hamburku*. *Éthum*, č. 3, 1993.
- EMCDDA, & Institute for Therapy Research. (1998). *Study to Obtain Comparable National Estimates of Problem Drug Use Prevalence for all EU Member States*. Report No. EMCDDA Project (CT. 97.EP.04). Lisboa/Munchen: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2006). *Annual Report 2005: The state of the drugs problem in Europe*. Lisbon: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs Addiction (EMCDDA) (2011), *Injection drug use, risk behaviour and qualitative research in the time of AIDS*, EMCDDA Insights series No 4, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 2001.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018). *European drug Report 2018. Trends and developments*. Publications Office of the European Union. Luxembourg.
- Gabrhelík, R., Mioviský, M. and Mravčík, V. (2008). *Lékárny a (injekční) uživatelé drog: Průběžné výsledky dotazníkové studie*. Nepublikováno.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Portál. Praha 2010
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hrdina, P. (2003). *Harm Reduction – Snižování poškození drogami*. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (s. 263-267). Praha: Úřad vlády ČR.
- Hrdina, P. & Korčisová, B. (2003). *Terénní programy*. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (s. 159-163). Praha: Úřad vlády ČR.

Hunt, N., Ashton, M., Lenton, S., Mitcheson, L., Nelles, B., Stimson, G. (2003). A review of evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Available at: <https://www.hri.global/files/2010/05/31/HIVTop50Documents11.pdf>

IHRA (2010). Co je "harm reduction"? Stanovisko Mezinárodní asociace pro harm reduction (IHRA). *Adiktologie*, 10., 188-190.

Janíková, B. (2008). Harm reduction: Časné intervence v nízkoprahových službách. In Kalina, K. a kol: *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Janíková, B. (2015). Harm reduction. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Janouškovec, V. (2008). Evaluace procesu programu NON STOP 24 – Výdejní automaty na harm reduction materiál. Praha: Univerzita Karlova, 1.lékařská fakulta, Centrum Adiktologie, Psychiatrická klinika 1.LF a VFN.

Kalina, K (2003). Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 1/8. Praha: NMS/Úřad vlády ČR

Libra, J. (2003). Nízkoprahová kontaktní centra. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády ČR.

Libra, J. (2015). Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby [online]. 2019 [cit. 201-09-16]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy-odborne-zpusobilosti-brezen-2015x_1.pdf (str. 25, 31).

Luty, J. & Arokiadass, S. M. R. (2008). Satisfaction with life and opioid dependence. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 3.

Marlatt G. A. (1993). *Harm reduction: Reducing the Risks of Addictive Behaviors*. Sage Publications, Newbury Park, California, 1993.

Marsden, J., Ogborne, A., Farrell, M., & Rush, B. (2000). Mezinárodně platné pokyny k evaluaci služeb a systémů zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek. Geneva: WHO, UNDCP, EMCDDA.

McLellan, A. T. & Hunkeler, E. (1998). Patient Satisfaction and Outcomes in Alcohol and Drug Abuse Treatment. *Psychiatr Serv.*, 49, 573-575.

Minařík, J. (2003). Možnosti použití metodiky Rapid Assessment and Response ve výzkumu drogové scény v menších sídlech: zhodnocení drogové situace v Pardubickém kraji. Praha: SANANIM.

Miovská, L., Miovský, M., Gabrhelík, R. et Charvát, M. (2005). Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003. Praha: Úřad vlády ČR.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada

Mravčík, V. & Zábranský, T. (2015) Epidemiologie návykových látek („drogová epidemiologie“). In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Mravčík, V., Chromynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková T., Rous, Z. et al (2018). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017. Praha: Úřad vlády ČR.

Mravčík, V., Chromynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková T., Rous, Z. et al (2019). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce – Přehled aktuální situace v oblasti drog v České republice, 2018. Praha: Úřad vlády ČR.

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti 2018. Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2017. Nepublikováno.

NTA (2010). Dobrá praxe v harm reduction-učební texty. Praha: Centrum adiktologie a sdružení SCAN

Organizace Progressive o.s. (2019). [cit. 2019-10-01]. Dostupné z: <http://www.progressive-os.cz/progressive/o-nas/>

PROGRESSIVE o. p. s. (2015). Operační manuál 1. 11. 2015. No Biohazard. Terénní program pro nealkoholové uživatele drog.

Publication manual of the American Psychological Association (3rd ed.). American Psychological Association, Washington 1983.

Rhodes, T. (1999). Terénní práce s uživateli drog. Zásady a praxe. Boskovice: nakladatelství Albert.

Rhodes, T., Hedrich, D. (2010). Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisabon: EMCDDA. ISBN 978-92-9168-419-9.

Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2006). Seznam a definice výkonů drogových služeb. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1656/353/seznam_a_definice_vykonu_drogovych_sluzeb_www.pdf

Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2011). Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/narodni-strategie/nspp_2010-2018_v02.pdf

Speed, S. & Janikiewicz, S. M. (2000). A comparison of levels of satisfaction of stable drug users treated in general practice and an outpatient (community based) drug treatment service. Health Soc Care Community, 8, 436-442.

Strauss, A. & Corbinová, J. (1999). Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie. Brno: nakladatelství Albert.

Sibley, D. (1995). *Geographies of Exclusion: Society and Difference in the West*. Taylor & Francis

Světová zdravotnická organizace (2000). *Mezinárodně platné pokyny k evaluaci služeb a systémů zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním návykových látek*. Geneva: World Health Organisation.

Swiderová, V. (2015). *Mapování spokojenosti klientů se službou Poradna pro alkoholové a jiné závislosti P-centra v Olomouci*. Olomouc. Absolventská práce (Dis.). CARITAS – VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA SOCIÁLNÍ OLOMOUC.

Šťastná, L. (2010). *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze*. Olomouc. Disertační práce (Ph.D.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Filozofická fakulta.

Takahashi, L. M. (1997). The Socio-Spatial Stigmatization of Homelessness and HIV/AIDS. *Soc. Sci. Med.* 45(6), pp. 903-914.

Těminová, M. (2008). *Systém péče a jeho složky*. In Kalina, K. a kol.: *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v hlavním městě Praze za rok 2017, Hygienická stanice hlavního města Prahy. [online]. 2019 [cit. 2019-10-24]. Dostupné z: http://www.hygp Praha.cz/Admin/_upload/files/1/11082018-konf-Alkohol%20a%20drogy%20v%20CR%202018/VZ-HMP-protidrogova%20politika-2017.pdf

Výroční zpráva 2017, Progressive. [online]. 2018 [cit. 2019-09-16]. Dostupné z: http://www.progressive-os.cz/wp-content/uploads/2018/04/vyrocka_dvojstrany_na-web_oprava_mini.pdf

Výroční zpráva 2018, Progressive. [online]. 2019 [cit. 2019-10-16]. Dostupné z: <http://www.progressive-os.cz/wp-content/uploads/2019/07/V%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD-zpr%C3%A1va-2018.pdf>

Výroční zpráva 2018, Drop-in. [online]. 2019 [cit. 2019-11-05]. Dostupné z: <https://www.dropin.cz/vyrocní-zpravy/>

Výroční zpráva 2018, Sananim. [online]. 2019 [cit. 2019-11-05]. Dostupné z: http://www.sananim.cz/Uploads/downloads/1562067413_0_vz_2018-pdf.pdf

WHO (200a). *International Guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders*. Geneva: WHO-UNDCP-EMCDDA.

WHO, UNDCP, & EMCDDA (2000). *Evaluace spokojenosti klientů*. Geneva: WHO, UNDCP, EMCDDA.

WHO (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. WHO. Geneva. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf

POUŽITÁ LEGISLATIVA

Zk č. 379/2005 Sb. - Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů

Zk č. 65/2017 Sb. - Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek

SEZNAM ZKRATEK

č. číslo

HR harm reduction

NL návyková látka/návykové látky

NO No Biohazard

PUD problémové užívání drog

TP terénní program

UD uživatelé drog

UNL užívání návykových látek

WHO World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – IN COME dotazník

Příloha č. 2 – Denní výkaz

Příloha č. 3 – Bezpečnější úklid pohozených stříkaček

Příloha č. 4 – Formulář k šetření zaměřenému na subjektivní hodnocení spokojenosti klientů
Terénního programu NO

Příloha č. 5 – Dotazník pro klienty terénního programu No Biohazard

Příloha č. 6 – Seznam doporučených míst pro monitoring drogové scény na území hl. m.
Prahy

Příloha č. 7 – Seznam tabulek

Příloha č. 8 – Seznam grafů

Příloha č. 1 – IN COME dotazník

IN-COME DOTAZNÍK									
I.	Datum kontaktu/místo	<input style="width: 100%;" type="text"/>		II.	Kód klienta	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
III.	Pohlaví	<input type="checkbox"/> 1	Žena	<input type="checkbox"/> 2	Muž	IV.	Rok narození	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
V.	Státní příslušnost	<input type="checkbox"/> 1	Česká republika			VI.	Etnická příslušnost	<input type="checkbox"/> 1	Ne-Romská
		<input type="checkbox"/> 2	Jiné – EU (vypsat)					<input type="checkbox"/> 2	Romská
		<input type="checkbox"/> 3	Jiné – non-EU (vypsat)					<input type="checkbox"/> 3	Nesledováno
		<input type="checkbox"/> 4	Neznámo						
VII. A. Bydlení	<input type="checkbox"/> 1	Sám			VII. C. Bydlení	<input type="checkbox"/> 1	Doma (u rodičů)		
(s kým klient žije)	<input type="checkbox"/> 2	S rodiči/rodinou				<input type="checkbox"/> 2	Vlastní byt (i pronajatý)		
	<input type="checkbox"/> 3	S přáteli				<input type="checkbox"/> 3	Cizí byt		
	<input type="checkbox"/> 4	S partnerem				<input type="checkbox"/> 4	Ubytovna (hotel...)		
	<input type="checkbox"/> 5	S partnerem a dítětem				<input type="checkbox"/> 5	Squat		
	<input type="checkbox"/> 6	Sám s dítětem				<input type="checkbox"/> 6	Kasárna		
VII. B. Žije klient s osobou užívající drogy?	<input type="checkbox"/> 1	Ano				<input type="checkbox"/> 7	Bez domova, na ulici		
	<input type="checkbox"/> 2	Ne							
VIII. Zaměstnání/škola	<input type="checkbox"/> 1	Pravidelné			IX. Vzdělání	<input type="checkbox"/> 1	Základní		
	<input type="checkbox"/> 2	Škola				<input type="checkbox"/> 2	Vyučen		
	<input type="checkbox"/> 3	Příležitostná práce				<input type="checkbox"/> 3	Střední s maturitou		
	<input type="checkbox"/> 4	Registrován na ÚP				<input type="checkbox"/> 4	Vyšší odborné		
	<input type="checkbox"/> 5	Bez zaměstnání				<input type="checkbox"/> 5	Vysokoškolské		
	<input type="checkbox"/> 6	Dávky SZ				<input type="checkbox"/> 6	Neukončené		
X. Vyšetření HIV	<input type="checkbox"/> 1	Testován			XI. Vyšetření hepatitidy	<input type="checkbox"/> 1	Testován		
	<input type="checkbox"/> 2	Netestován				<input type="checkbox"/> 2	Netestován		
	<input type="checkbox"/> 3	Nevyzvedl výsledek				<input type="checkbox"/> 3	Nevyzvedl výsledek		
	<input type="checkbox"/> 4	Neznámo				<input type="checkbox"/> 4	Neznámo		
XII. Dříve léčen	<input type="checkbox"/> 1	Ano	<input type="checkbox"/> 2	Ne	XIII. Nyní léčen	<input type="checkbox"/> 1	Ano	<input type="checkbox"/> 2	Ne
XIV. Okres	<input style="width: 100%;" type="text"/>				Vyplnil pracovník:				
XV. Kraj	<input style="width: 100%;" type="text"/>				<input style="width: 100%;" type="text"/>				

Tabulka užívaných drog								
droga	aplikace	četnost	první užití (věk)	první i.v. užití (věk)	způsob prvního užití	první neleg. droga	primární droga	poznámka
12								
13								

rizikové chování	minulost		současnost		nikdy	neznámo
	jednorázově	opakovaně	jednorázově	opakovaně		
i.v. aplikace						
sdílení jehel						
sdílení náčiní						
riziková aplikace						
předávkování						
nechráněný sex						
zdravotní komplikace						

KÓDY DROG

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. Heroin | 11. THC |
| 2. Braun (opiaty domácí výroby, kodein) | 12. Alkohol |
| 3. Pervitin, jiné amfetaminy | 13. Cigarety |
| 4. Kokain, Crack | 14. Jiné (specifikujte) |
| 5. Speedball | 15. Subutex – legálně |
| 6. Metadon – legálně | 16. Subutex – ilegálně |
| 7. Metadon – ilegálně | |
| 8. Extáze, LSD (i přírodní) | |
| 9. Medikamenty (barbituráty a jiná sedativa) | |
| 10. Inhalační látky, ředidla | |

ČETNOST

- NEPROST:**
1. méně než 3x měsíčně
 2. 1x týdně
 3. víkendově
 4. obden
 5. denně
 6. 2-3x denně
 7. více než 3x denně
 8. neuzita déle než 6 měsíců
 9. neuzita v posledních 6 měsících
 10. neuzita v posledních 3 měsících
 11. neuzita v posledním měsíci

APLIKACE

1. injekčně do žíly
2. injekčně do svalu
3. per os - ústně
4. šňupání
5. kouření, inhalace z alobalu
6. inhalace rozpouštědel

Příloha č. 2 – Denní výkaz

[illegible]

Příloha č. 3 – Bezpečnější úklid pohozených stříkaček

Úklid pohozených injekčních stříkaček je manipulace s nebezpečným materiálem. Provádějí ji policisté a terénní pracovníci pracující s drogovými uživateli, kteří jsou na to vyškoleni.

Pokud jste se přesto rozhodli vlastními silami uklízet použité injekční stříkačky, je nezbytné dodržovat tato pravidla.

Při úklidu noste gumové rukavice. Ke sběru můžete použít kleště či velkou pinzetu, ale po použití je dezinfikujte.

Stříkačky dejte do kontejnerů k tomu určených. Nemáte-li je, použijte plastovou láhev se silnějšími stěnami, do které stříkačky vhodíte.

Pokud stříkačky leží mezi jiným odpadem, nebo je jich více dohromady, oddělte je od sebe tyčkou a sbírejte každou samostatně. Postupujte pomalu a opatrně.

Při sběru **nikdy neuchopujte jehlu stříkačky, nesnažte se jehlu zakrýt víčkem a hrotem vždy miřte od sebe.**

Nádobu, do které stříkačky ukládáte, postavte na zem a poté začněte s vhazováním. **Nedržte nádobu v rukách.**

Po úklidu uložte nádobu se stříkačkami na bezpečné místo, aby nedošlo ke kontaktu s jinými osobami.

Nádoby se stříkačkami odevzdejte městským policistům, nebo pracovníkům terénních programů a kontaktních center pro drogové uživatele. Můžete také využít možnosti likvidace v speciálních bezpečnostních kontejnerech uzpůsobených na odhoz infekčního injekčního materiálu FIXPOINT.

Po manipulaci si pečlivě umyjte ruce.



Terénní program pro uživatele
nealkoholových drog v hl.m. Praze

Pohlaví: Muž/Žena

Vyplnil/a:

Věk:

Městská část:

Primární droga: a) pervitin, b) heroin, c) Subutex pouze od lékaře/z černého trhu,

d) Suboxone pouze od lékaře/z černého trhu, e) metadon, f) psychofarmaka, g) nové syntetické drogy, h) jiné.....

1) Bydlení: a) doma (u rodičů), b) vlastní byt (i pronajatý), c) cizí byt d) ubytovna,
e) squat, f) bez domova – na ulici, g) jiné.....

2) Máš zkušenosti jen s výměnným programem, nebo už ti teréňáci poskytli alespoň jednu i jinou službu, jakou?

a) pouze výměna a HR materiál

b) poradenství, zdravotní ošetření, asistence, jiné služby.....

3) Pokud jsi získal/a od teréňáků někdy nějaké informace, byly pro tebe užitečné?

a) ano

b) ne

4) Víš, s čím ti můžou lidi v terénu poradit, pomoci?

a) ano např. s

.....

b) ne

5) Je něco, co bys od teréňáků potřeboval/a a opakovaně se ti toho nedostává?

a) ano, např.

.....

b) ne

6) Víš o místě v Praze, kde by bylo teréňáků třeba a nechodí tam?

a) ano, např.

b) ne

7) Oznámkuj teréňáky stejně jako ve škole, dle toho, jak jsi s jejich prací spokojen/á?

1 2 3 4 5

Evaluace spokojenosti klientů s terénním programem No Biohazard

Realizátor: Bc. Nováková Kristýna

Pohlaví: muž/žena

Městská část:

Věk:

Národnost:

Nejčastěji užívaná droga: a) pervitin, b) heroin, c) Subutex pouze od lékaře/z černého trhu, d) Suboxone pouze od lékaře/z černého trhu, e) metadon, f) nové syntetické drogy, g) jiné.....

Bydlení: a) doma (u rodičů), b) vlastní byt (i pronajatý), c) cizí byt, d) ubytovna, e) squat, f) bez domova – na ulici, g) jiné.....

Jak dlouho využíváš terénní program? (dny, roky, měsíce)

1. Vyhovuje ti čas, kdy poskytujeme výměnný program?

- a) ano
- b) ne

2. Vyhovuje ti místo, kde poskytujeme výměnný program?

- a) ano
- b) ne

3. Víš o místě v Praze, kde by bylo teréňáků třeba a nechodí tam?

- a) ano, např.
- b) ne

4. Máš zkušenosti jen s výměnným programem, nebo už ti teréňáci poskytli alespoň jednu i jinou službu, jakou?

- a) pouze výměna a HR materiál
- b) poradenství, zdravotní ošetření, asistence, jiné služby.....

5. Je v nabídce služeb něco, co bys zdokonalil? Dalo by se něco vylepšit nějakým způsobem?

- a) pokud ano, co je to.....
- b) ne

6. Pokud jsi získal/a od teréňáků někdy nějaké informace, byly pro tebe užitečné?

- a) ano
- b) ne

7. Využíváš současně terénní program i K-centrum? Popř. sanitku, pokud ano z jakého důvodu?

- a) Ano, proč?
- b) Ne, proč?

8. Je v nabídce služeb něco, co ti schází a opakovaně se ti toho nedostává?

- a) pokud ano, co je to.....
- b) ne

9. Vyhovuje ti materiál, který nabízíme?

- a) ano
- b) ne

10. Pokud Ti nějaký materiál schází, o co se jedná?

.....

Oznámkuj teréňáky stejně jako ve škole, podle toho, jak jsi spokojen

Spokojenost s personálem terénního programu

1 2 3 4 5

Spokojenost s nabízeným materiálem

1 2 3 4 5

Spokojenost se službami, které poskytujeme (poradenství, informace, zdravotní ošetření)

1 2 3 4 5

Spokojenost s místem, kde probíhá výměnný program

1 2 3 4 5

Spokojenost s časem, kde probíhá výměnný program

1 2 3 4 5

Příloha č. 6 – seznam lokalit pro doporučený monitoring drogové scény na území hl. m. Prahy

Praha 1 – centrum (v nočních hodinách)

Praha 2 – Karlovo náměstí (v nočních hodinách), Tylovo náměstí, I.P.Pavlova

Praha 3 – Žižkov (ul. Husinecká), Na Ohradě, Olšanské náměstí, Krejčířek

Praha 4 – Braník, Spořilov (okolí Kauflandu), Nusle – Synkovo náměstí (v odpoledních hodinách)

Praha 5 – Anděl

Praha 6 – Dejvice (kulaťák), Červený Vrch

Praha 7 – Plynární ulice (v nočních hodinách), most Barikádníků

Praha 8 – Ládví, Palmovka, Karlín (včetně karlínského tunelu), Florenc, Kobylisy, ulice Na Šutce, Ďáblice (sídliště)

Praha 9 – Prosek, Střížkov, Čakovice

Praha 10 – Vršovice, Hostivař (depo)

Praha 11 – Háje (okolí metra)

Praha 13 – Stodůlky, Lužiny

Praha 18 – Letňany (sídliště)

Příloha č. 7 – seznam tabulek, včetně čísla stránek, kde jej může čtenář najít

Tabulka č. 1: Odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu a opioidů v ČR v r. 2017 podle krajů – střední hodnoty (Mravčík et al., 2018), v práci nalezneme na str. 14.

Tabulka č. 2: Respondenti studie dle pohlaví, věku a aktuálního místa bydlení, v práci nalezneme na str. 34-35.

Tabulka č. 3: Respondenti studie rozdělení dle nejčastěji užívané drogy a délky využívání terénního programu, v práci nalezneme na str. 35-36.

Tabulka č. 4: Spokojenost s intervencemi dle pohlaví – muži, v práci nalezneme na str. 40.

Tabulka č. 5: Spokojenost s intervencemi dle pohlaví – ženy, v práci nalezneme na str. 41.

Tabulka č. 6: Spokojenost s místní a časovou dostupností programu, v práci nalezneme na str. 42.

Tabulka č. 7: Spokojenost s personálem, v práci nalezneme na str. 43.

Tabulka č. 8: Výčet kategorií a frekvencí u služeb a programů, které respondenti využívají, v práci nalezneme na str. 44.

Tabulka č. 9: Počty vyplněných dotazníků dle jednotlivých městských částí – v letech, v práci nalezneme na str. 51.

Tabulka č. 10: Počty vyplněných dotazníků dle jednotlivých městských částí – celkově, v práci nalezneme na str. 51.

Tabulka č. 11: Využívání služeb terénního programu – v letech 2017-2019, v práci nalezneme na str. 52.

Tabulka č. 12: Potřebnost materiálu souhrnně v letech 2017-2019, v práci nalezneme na str. 52-53.

Příloha č. 8 – seznam grafů, včetně čísla stránek, kde jej může čtenář najít

Graf č. 1: Využívané intervence dle pohlaví, v práci nalezneme na str. 39.

Graf č. 2: Spokojenost s intervencemi dle pohlaví – muži, v práci nalezneme na str. 40.

Graf č. 3: Spokojenost s intervencemi dle pohlaví – ženy, v práci nalezneme na str. 41.

Graf č. 4: Potřebnost materiálu při výzkumu v roce 2019 rozděleno dle pohlaví, v práci nalezneme na str. 42.

Graf č. 5: Vybrané služby za rok 2017, v práci nalezneme na str. 45.

Graf č. 6: Potřebnost materiálu, v práci nalezneme na str. 46.

Graf č. 7: Vybrané služby za rok 2018, v práci nalezneme na str. 47.

Graf č. 8: Potřebnost materiálu, v práci nalezneme na str. 48.

Graf č. 9: Vybrané služby za rok 2019, v práci nalezneme na str. 49.

Graf č. 10: Potřebnost materiálu a informací, v práci nalezneme na str. 50.

Graf č. 11: Využívání služeb terénního programu celkově v letech 2017–2019, v práci nalezneme na str. 52.

Graf č. 12: Potřebnost materiálu souhrnně v letech 2017–2019, v práci nalezneme na str. 53.

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]